

# ELEKTIIVISEN POLIKLINIKKATOIMINNAN PROSESSI- MUUTOKSEN VAIKUTUKSET

Hanhisuanto Anna-Leena

Opinnäytetyö  
Yhteiskuntatieteiden, liiketalouden ja hallinnon ala  
Yrittäjyys ja liiketoimintaosaaminen  
Tradenomi (ylempi AMK)

2016

Yrittäjyys ja liiketoimintaosaaminen  
Liiketalouden koulutus  
Tradenomi (YAMK)

---

<b>Tekijä(t)</b>	Anna-Leena Hanhisuanto	<b>Vuosi</b>	2016
<b>Ohjaaja(t)</b>	Eija Turunen		
<b>Toimeksiantaja</b>	Lapin sairaanhoitopiirin ky		
<b>Työn nimi</b>	Elektiivisen poliklinikkatoiminnan prosessimuutoksen vaikutukset		
<b>Sivu- ja liitemäärä</b>	68		

---

Kehittämistehtävänä käsittelee sairaalan silmäklinikalla tapahtuvaa toiminnallista muutosta, jossa äkillisesti jouduttiin turvautumaan lääkäripalveluissa yksityisen palvelun tuottajan palveluun. Yksityiset lääkärit vastasivat klinikan lääkäryöstä noin vuoden ajan. Taustalla kehittämistyössä on myös lähestyvä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistus, joka vaatii organisaatioita kehittämään toimintaansa sekä miettimään vaihtoehtoisia tapoja tuottaa palveluitaan. Kehittämistehtävän tavoitteena oli selvittää, millaisia vaikutuksia muutos aiheutti toimintaan, prosesseihin, kustannuksiin ja tehokkuuteen. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, voidaanko kokemusta hyödyntää organisaation sisällä myös laajemmin.

Kehittämistehtävän tietoperustan pääkäsitteitä ovat prosessi, tuottavuus sekä Balanced Scorecard -mittaristo. Tietopohjaan tieto on hankittu pääosin kirjallisuudesta, tilastoista sekä laista ja asetuksista. Vertailua kahden eri toimintamallin välillä on toteutettu tuloskorttiajattelun mukaisten painopisteiden näkökulmasta. Kehittämistehtävässä käytetty menetelmä oli tapaustutkimusta mukaileva tiedon hankinta, jonka puitteissa henkilöstöä haastateltiin erilaisilla kokoonpanoilla ja heille tehtiin erillinen kysely kirjallisella lomakkeella. Tietoa on saatu myös organisaation omista tilastoista ja eri talouden järjestelmistä, joita on jäsennelty ja analysoitu eri näkökulmista ja toisiinsa peilaten.

Keskeisimpiä eroja toiminnan toteutusten välillä olivat asiakastyytyväisyys, henkilökunnan kasvanut työhyvinvointi, erot kustannuksissa sekä tuotettujen palveluiden määrä. Omana toimintana tuotettu palvelu oli kustannuksiltaan edullisempaa, mutta muutoin yksityinen palvelun tuottaja saavutti toiminnallaan tehokkaamman lopputuloksen tuotosten määrässä sekä tyytyväisyyttä asiakkaisissa ja henkilökunnassa. Vertailutietojen pohjalta voi tehdä johtopäätöksiä, että toimintaa tarkastelemalla ja prosesseja tehostamalla voi saavuttaa parempia tuloksia ja kustannussäästöjä. Selkeät toimintatavat ja työkäytännöt lisäävät henkilöstön työssä jaksamista ja työhyvinvointia. Suurin haaste toiminnan ja prosessien kehittämiselle osana omaa toimintaa on asenteiden ja ajattelutavan muutos. Onnistuneen muutoksen läpivienti edellyttää henkilöitä, jotka keskittyvät pelkästään muutoksen johtamiseen. Hyvä palkkiojärjestelmä tukee henkilöstön sitoutumista ja muutoksen onnistumista. Tässä kehittämistehtävässä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää myös muissa samanlaisissa organisaatioissa.

Asiasanat	prosessi, tuottavuus, tehokkuus, Balanced Scorecard -mittaristo, silmänsairaudet.
-----------	---

Business and Education  
Bachelor of Business Administration  
(Master's degree)

---

<b>Author(s)</b>	Anna-Leena Hanhisuanto	Year	2016
<b>Supervisor(s)</b>	Eija Turunen		
<b>Commissioned by</b>	Lapland Hospital District		
<b>Subject of thesis</b>	Elective outpatient operation effects of the change process		
<b>Number of pages</b>	68		

---

This development task deals with the hospital eye clinic functional change, which suddenly had to resort to medical services in the private service provider service. Private doctors were in charge of the clinic's doctor work for about a year. The approaching social and health services structure renovation, which requires organizations to develop their activities, and consider alternative ways of providing services, also affects in the background. The development task was to examine the impact of the change caused by the activities, processes, costs and efficiency. In addition, the aim was to find out whether the positive changes could be adopted in to use more widely within the organization, and could we learn something from them.

The development project's knowledge base's key concepts are process, productivity, as well as the Balanced Scorecard. The knowledge base information is obtained mainly from literature, statistics, as well as from the law and decrees. The comparison between two different operating models has been implemented in accordance with the priorities from the perspective of a balanced scorecard. The method used in the development project was a case study which adapts the data acquisition, under which employees were interviewed with various assemblies and made a separate written form query. Information has also been obtained from the organization's own statistics and different economic systems, which have been divided into smaller pieces of information, categorised and analysed from different angles and reflected to each other.

The main differences between the implementations of the two different operating models were customer satisfaction, increased staff well-being, as well as the differences in the costs and the number of services provided. The service produced as a separate activity had lower costs, but otherwise the private service achieved more efficient results in the number of outputs as well as in terms of the satisfaction of customers and the staff. On the basis of comparison data one could conclude that by surveying the operation and enhancing the processes one can achieve better results and in the long-run cost savings as well. Clear procedures and work practices increase employees' working capacity and well-being at work. The biggest challenge for the development of operations and processes as part of their own activities is the change in attitudes and mindsets. Successful carrying out of the changes requires people who solely focus on managing the changes. A good rewarding system supports the commitment of the personnel and the success of the changes. The results of this development task can also be utilized in other similar organizations.

Key words                      Process, productivity, efficiency, Balanced Scorecard, eye diseases

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	3
2	KEHITTÄMISKOHTTEEN PERUSVALINNAT .....	6
2.1	KEHITTÄMISKOHTTEEN PÄÄTEHTÄVÄN ASETTAMINEN .....	6
2.1.1	<i>Sote-muutos</i> .....	6
2.1.2	<i>Sairaaloiden tuottavuus</i> .....	8
2.2	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITTEET .....	9
2.3	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKASTELUN NÄKÖKULMA .....	10
3	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TIETOPERUSTA .....	14
3.1	PÄÄKÄSITTEET JA NIIDEN VÄLISET SUHTEET .....	14
3.2	PROSESSI-KÄSITTEEN MÄÄRITTELY .....	14
3.3	TUOTTAVUUDEN MÄÄRITTELY .....	16
3.4	BALANCED SCORECARD (BSC) -KÄSITTEEN MÄÄRITTELY .....	17
3.5	ALAKÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY .....	20
3.6	PROSESSI .....	21
3.6.1	<i>Prosessin kehittäminen</i> .....	21
3.6.2	<i>Prosessin uudelleensuunnittelu</i> .....	26
3.7	TUOTTAVUUS JA SIIHEN LÄHEISESTI LIITTYVÄT KÄSITTEET .....	27
3.7.1	<i>Tuottavuus</i> .....	27
3.7.2	<i>Vaikuttavuus</i> .....	28
3.7.3	<i>Tehokkuus</i> .....	29
3.7.4	<i>Kannattavuus ja taloudellisuus</i> .....	31
3.8	PAINOPISTEALUEET (BSC) .....	32
3.9	PROSESSIN KEHITTYMINEN JA ARVIOINTI .....	35
3.10	MITTAAMINEN .....	35
3.10.1	<i>Tuottavuuden, vaikuttavuuden ja tehokkuuden mittaaminen</i> ..	35
3.10.2	<i>Benchmarkingin käyttö</i> .....	37
3.11	TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	39
4	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS .....	42
4.1	TYÖMENETELMÄT .....	44
4.2	AINEISTON KERÄÄMINEN .....	45
4.3	TIEDONHANKINNAN KUVAAMINEN JA VAIHEET .....	46
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	49
5.1	ASIAKASNÄKÖKULMA .....	49
5.2	HENKILÖSTÖNÄKÖKULMA .....	50
5.3	TALOUSNÄKÖKULMA .....	52
5.4	PROSESSIEN JA RAKENTEIDEN NÄKÖKULMA .....	53
6	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	58
7	LOPUKSI .....	60
	LÄHTEET .....	61

## KUVALUETTELO

<i>Kuvio 1. Kehittämistehtävän pääkäsitteet ja niiden väliset suhteet .....</i>	<i>14</i>
<i>Kuvio 2. Pääkäsitteet ja niihin läheisesti liittyvät käsitteet.....</i>	<i>20</i>
<i>Kuvio 3. Käsitteiden liittyminen kehittämiskohteen pääkysymyksiin.....</i>	<i>21</i>
<i>Kuvio 4. Esimerkki prosessien kehittämisen mallista .....</i>	<i>23</i>
<i>Kuvio 5. Prosessin ohjausmekanismit.....</i>	<i>26</i>
<i>Kuvio 6. Balanced Scorecard.....</i>	<i>33</i>
<i>Kuvio 7 Case-tutkimuksen tiedonkeruumenetelmät.....</i>	<i>46</i>
<i>Kuvio 8 Lasiaisinjektio-potilaan prosessi, oma toiminta .....</i>	<i>54</i>
<i>Kuvio 9 Lasiaisinjektio-potilaan prosessi, yksityinen palveluntuottaja .....</i>	<i>54</i>
<i>Kuvio 10 Kaihipotilaan hoitoprosessi, oma toiminta .....</i>	<i>55</i>
<i>Kuvio 11 Kaihipotilaan hoitoprosessi, yksityinen palvelun tuottaja .....</i>	<i>55</i>

## TAULUKKOLUETTELO

<i>Taulukko 1. Terveysongelmaan ja sen hoitoon liittyvien termien määritelmät ..</i>	<i>24</i>
<i>Taulukko 2. Silmäklinikan painopistealueet .....</i>	<i>42</i>
<i>Taulukko 3. Tuloksia asiakasnäkökulmasta .....</i>	<i>50</i>
<i>Taulukko 4. Taloudelliset vaikutukset, poliklinikka .....</i>	<i>52</i>
<i>Taulukko 5. Taloudelliset vaikutukset, silmäpäiväkirurgia .....</i>	<i>53</i>
<i>Taulukko 6 Saapuneet lähetteet lähettäjäittäin .....</i>	<i>56</i>
<i>Taulukko 7 Tuotetut suoritteet, poliklinikka .....</i>	<i>56</i>
<i>Taulukko 8 Hoidetut potilaat ja tuotetut toimenpiteet .....</i>	<i>57</i>

## 1 JOHDANTO

Tässä kehittämistehtävässä selvitetään elektiivisen poliklinikkatoiminnan prosessimuutoksen vaikutuksia. Kohteena on Lapin sairaanhoitopiirin Silmäsairauksien klinikka, jossa lääkäritoiminta vuoden ajan toteutettiin yksityisen palveluntuottajan toimesta. Tuona aikana myös prosessit hiottiin uusiksi. Aihe on ajankohtainen, koska Suomen hallitus valmistelee sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutosta (sote-muutos), jossa yhtenä osana halutaan vahvistaa yksityisten palveluntuottajien asemaa toiminnan toteutuksessa. Tällä ajatellaan saavutettavan merkittäviä kustannussäästöjä sosiaali- ja terveystoimen kustannuksissa.

Lapin keskussairaala on ollut silmäsairauksien palvelutuotannossa kohtalaisen omavarainen, vaikka silmäsairauksia on jo vuosien ajan vaivannut vaikea sairaalalääkäripula koko maassa. Toiminnan ylläpitäminen on tosin ollut työlästä ja vaatinut erityisjärjestelyjä. Silmälääkäreitä valmistuu selvitysten perusteella tarpeeksi, mutta he hakeutuvat joko kokonaan yksityissektorille tai sitoutuvat vain osa-aikaisesti sairaalatyöhön. Olennaisena osana silmäsairauksien hoitoon kuuluu myös leikkaustoimintaa, eikä silmälääkäriksi erikoistuminen vielä anna valmiutta silmäkirurgiaan. Leikkaavalta silmälääkäriltä edellytetään erikoistumisen jälkeen suoritettava silmäkirurgian erityispätevyys. Vain pieni osa silmäsairauksien erikoislääkäreistä leikkaa. V. 2015 Silmäsairauksien yksikön lääkäripula vaikeutui siinä määrin, että tilapäiseen lääkärityön ulkoistukseen oli ryhdyttävä nopealla aikataululla.

Tämän tyyppisen toiminnan tekee tärkeäksi kehittämisteemaksi se, että tulevaisuudessa vastaava toimintamalli voi laajeta julkisen organisaation toiminnassa. Organisaation muuttuessa toimimaan ”yritysmäisemmin”, tapahtuu sen prosesseissa, johtamiskäytännöissä ja organisaatiokulttuurissa muutoksia. Organisaatioiden kyky muuttaa ja tehostaa prosessejaan on tärkeää, koska siitä riippuu, kykeneekö organisaatio hyödyntämään olemassa olevia resurssejaan mahdollisimman tehokkaasti uudessa toimintaympäristössä. Tällä tutkimuksella halutaan nostaa esiin niitä vahvuuksia ja heikkouksia, jotka tämän tyyppisellä toiminnan toteutuksella on nähtävissä. Tavoitteena on myös jatkossa miettiä, voidaanko havaittuja vahvuuksia kehittää edelleen tai mentoroinnin avulla ottaa

käyttöön jo nykytoiminnassa. Selvää on, että tuleva sote-muutos muuttaa julkisten organisaatioiden toimintaympäristöä ja edellyttää sopeutumista siihen.

Palveluiden tuottajat ovat joutumassa uuteen tilanteeseen julkisella sektorilla. Lähivuosina ei voi enää tuudittautua siihen, että organisaatiollamme on pysyvä tilauskanta riippumatta tuotetun palvelun laadusta. Kilpailun edellyttämän kustannustehokkuuden ja laadun nostaminen esiin kilpailutekijänä tulevat olemaan merkittäviä tekijöitä palvelutuotannossamme. Julkiselta sektorilta vaaditaan kykyä uudistaa toimintatapoja ja palvelutuotantoa.

Kehittämistehtäväni koostuu prosesseista, tuottavuudesta sekä Balanced **Sco-recard** -mittaristoa mukailevista painopistealueiden näkökulmasta suoritettavasta vertailusta. Tietopohjaa olen koonnut näiden käsitteiden ympärille sekä laajemmin tarkasteluna myös näihin käsitteisiin läheisesti liittyvistä käsitteistä. Olen pyrkinyt löytämään tietopohjaa mahdollisimman paljon julkisen sektorin ja terveydenhuollon näkökulmasta. Sote-uudistus ei itsestään muuta palveluiden tuotantorakennetta paremmaksi tai kustannustehokkaammaksi, vaan se edellyttää organisaatioilta kykyä käyttää resurssejaan uudella tavalla ja hakea vaihtoehtoisia toimintamalleja. Kehittämiskohteen teema onkin erittäin keskeinen, koska se pureutuu julkisella sektorilla käynnissä olevan muutoskehityksen yhteen olennaiseen asiaan, palvelujen turvaamiseen. Julkisen sektorin organisaatiolle on ollut tyypillistä tietty toiminnan keskittyneisyys ja monopoliasema palveluiden tuotannossa. Etenkin terveydenhuollossa tämä on johtanut siihen, että organisaatorakenne, johtaminen ja prosessit ovat muodostuneet hyvinkin jähmeiksi ja hierarkkiseksi.

Tämä kehittämistehtävä on rajattu koskemaan toiminnallisten ja prosesseissa tehtyjen muutosten vaikutuksiin ja eroavaisuuksiin eri toimijoiden toteuttaessa toimintaa. Vertailtavat näkökulmat ovat asiakas-, talous-, prosessi- ja henkilöstönäkökulmat. Muutosvaikutuksia tarkastellaan tutkimalla ja vertailemalla tuloksia, kun palvelu on tuotettu lähes kokonaan omana toimintana ja vertailukohteena, kun palvelu on tuotettu täysin yksityisen palvelun tuottajan toimesta. Kehittämistehtävän tulosten ja johtopäätösten on tarkoitus antaa organisaation johdolle ja esimiehille tietoa siitä, millaisia vaikutuksia ja tuloksia palvelutuotannon toisenlainen toteuttaminen sai aikaan. Organisaation johdolla on toisaalta

tulosten perustella mahdollisuus laajentaa organisaation sisällä prosessien ja työtapojen kehittämistoimintaa.



## 2 KEHITTÄMISKOHTTEEN PERUSVALINNAT

### 2.1 Kehittämiskohteen päätehtävän asettaminen

#### 2.1.1 Sote-muutos

Kehittämiskohteen päätehtävää asettaessani esille nousee taustalta kaksi keskeistä asiaa: tuleva sote-muutos ja sen vaikutukset toimintaympäristöön ja organisaatioihin sekä tuottavuus ja kustannustehokkuus palvelutuotannossa. Silmäklinikan prosessien muutos antaa oivan tilaisuuden tutkia perusteellisesti muutoksen vaikuttavuutta ja mahdollisesti kehittää niitä vahvuuksia, mitä prosessimuutoksilla ja toiminnan muutoksilla on saavutettu. Tämä organisaatiomme äkillinen tarve palvelujen turvaamiseen johti prosessimuutokseen, joka sisälsi myös sellaisia elementtejä, joita kannattaa ehkä jatkossakin hyödyntää. Toisaalta organisaatio sai kokemusta julkisen ja yksityisen palveluntuottajan tiiviistä yhteistyöstä.

Suomen hallitus on kirjannut sote-uudistuksen tavoitteeksi kolmen miljardin säästötavoitteen. Uudistuksen keskeisimmät tavoitteet ovat ihmisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, kustannusten hallinta sekä asiakkaiden valinnanvapaus. Jotta tavoitteet saavutetaan, vaaditaan onnistunutta ja taitavaa muutosjohtajuutta suurien rakenteellisten muutosten läpiviemiseen. Toimijoiden määrää on tarkoitus vähentää rajusti nykyisestä lähes 200 toimijasta alle kahteenkymmeneen toimijaan. Palvelujärjestelmä selkiytyy ja sitä voidaan johtaa kokonaisuutena samalla, kun hallinto kevenee ja päällekkäisiä toimintoja saadaan karsittua. Organisoituminen tapahtuu niin, että koko maa jaetaan sote-alueisiin, jotka järjestävät koko alueen kaikki sosiaali- ja terveystalvet. Järjestämisvastuu poistuu siis kunnilta. Tämä mahdollistaa sen, että talvet voidaan toteuttaa aivan uudella tavalla, kun nykyiset hallinnolliset raja-aidat poistuvat. Toiminnan taloudellinen ja tuotannollinen ennakoitavuus myös paranee, kun väestöpohjat kasvavat. Uudistuksessa tehdään muutoksia myös palveluiden rahoittamiseen. Perustuslain mukaan kunnilla ei voi olla rahoitusvastuuta palvelusta, jota ne eivät itse järjestä. Todennäköisin vaihtoehto rahoitusmalliksi on jokin sellainen vaihtoehto, jossa valtio toimii rahoittajana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

Näin suuri rakenteellinen muutos vaatii hallitukselta linjauksia ja päätöksiä useista asioista. Joitakin asioita on jo linjattu ja päätetty. Sote- ja aluehallinto-uudistuksen jatkovalmistelua koskevat hallituksen tarkentavat linjaukset annettiin 5.4.2016. Sote-järjestämistä ja maakuntia koskeva lainsäädäntö astuu voimaan 1.1.2019. Rahoitusratkaisusta on päätetty, että sote-rahoituksen varat kannetaan osana valtion verotusta ja maakunnalliseen verotukseen ei siirrytä vielä tällä vaalikaudella. Sen toteuttamisen selvittelyä kuitenkin jatketaan. Alkuvaiheessa maakunnat saavat rahoituksensa yleisenä valtion osuutena. Myös asiakasmaksulainsäädäntö otetaan kokonaistarkasteluun ja ennakko-kaavailujen mukaan asiakasmaksusuudet nousevat jonkin verran nykyisestä tasosta. (Valtioneuvosto 2016.)

Keskeinen osa muutosta on integraatiot palveluiden järjestämisessä ja tuottamisessa. Järjestämisen integraatiosta on linjattu, että kullekin sote-alueelle tulee yksi vahva järjestäjä, joka vastaa tuotantorakenteesta ja sen ohjauksesta, viranomaistoiminnoista, sote-palveluiden alueellisesta vaikuttavuuden, kustannustehokkuuden ja laadun arvioinnista sekä käyttäjien valinnanvapauden tukemisesta. Tavoitteena on, että kaikki rahoitus kulkee järjestäjän kautta, jolloin muodostuu kokonaiskuva rahoituksesta. Tiedon integraatiolla puolestaan tavoitellaan sitä, että asiakkaan tietoa siirtyy tuottajalta toiselle yhtenäisten kansallisten rekistereiden ja täysin yhteen toimivien tietojärjestelmien kautta. Palveluketjujen integroinnilla varmistetaan, että hoito- ja palvelukokonaisuudet on järjestetty siten, että eri palveluista ja niiden tuottajista on sujuva yhteys muihin palveluihin. Tavoitteena on luoda sellaisia tuotannollisia integraatioita, joissa palveluita tarjotaan kustannustehokkaina ja selkeinä palvelukokonaisuuksina. Tämä edellyttää verkostomaista rakennetta, jossa on mukana useita palveluntuottajia.

Tärkeä osa sote-uudistusta on asiakkaan valinnanvapaus ja sen edellytykset. Maakunta vastaa palveluiden järjestämisestä ja palvelukokonaisuuden toimivuudesta. Rinnalle luodaan lainsäädäntö valinnanvapaudesta, jonka nojalla asiakas voi valita itse palveluiden tuottajan julkiselta, yksityiseltä tai kolmannen sektorin tuottajalta. Valinnanvapauden avulla halutaan monipuolistaa tuotantoa ja tukea pk-yritysten mahdollisuuksia toimia markkinoilla sekä saada uusia ja innovatiivisia ja digitaalisia palvelumalleja tuotantoon. Yksi keino tämän toteutumiseen on se, että säädetään lailla tai asetuksella, että yksityinen ja kolmas sektori vastaavat tietystä vähimmäismäärästä palvelutuotantoa. Maakunnan

tehtävänä on varmistaa, että kaikkialla on saatavilla palveluita ja ne ovat vaikuttavia ja tuotettu kustannustehokkaasti. Maakunnan markkinoilla tapahtuvaa toimintaa koskee EU-oikeuden mukainen yhtiöittämisvelvoite. (Valtioneuvosto 2016.)

Hallituksen 5.4.2016 tekemien linjausten jälkeen julkisuudessa puhututti paljon nk. yhtiömallin hyödyntäminen. Hallituksen mukaan lähtökohtana sote-palveluiden tuotannossa tulee olla mahdollisimman tasapuoliset toimintaedellytykset (kilpailuneutraliteetti) julkisen ja yksityisen sekä kolmannen sektorin tuotannon kesken kaikessa markkinoilla tapahtuvaksi luettavassa toiminnassa. Kilpailuneutraliteetti edellyttää, että julkinen, yksityinen ja kolmas sektori ovat samojen periaatteiden piirissä tuotannossa. Tavoitteena on laajentaa tuotannossa yksityisen ja kolmannen sektorin hyödyntämistä sekä samalla kilpailuneutraliteetin periaatteen mukaisesti turvata myös julkisen sektorin rooli tuotannossa. Julkisella vallalla on sosiaali- ja terveydenhuollossa omat erityistehtävänsä vastata perusoikeuksien toteutumisesta. Julkisella vallalla on vastuu palveluiden järjestämisestä ja rahoittamisesta sekä palvelujärjestelmän toimivuudesta kokonaisuudesta ja siitä, että palveluita on kaikkien saatavilla. (Valtioneuvosto 2016)

### 2.1.2 Sairaaloiden tuottavuus

Sote-muutokseen sisältyy olennaisena osana tuottavuuden ja kustannustehokkuuden lisääminen.

Sairaaloiden tuottavuutta mitataan, tilastoidaan ja verrataan vuosittain Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toimesta. THL:n tuottamat tilastot ovat tarkoitettu sairaaloiden hoitotoiminnan vertailuun, ohjaukseen, arviointiin, päätöksentekoon ja suunnitteluun. Somaattisen erikoissairaanhoidon toiminta- ja taloustietoihin on sisällytetty mm. palveluiden käyttöä, kustannuksia ja tuottavuutta koskevia tietoja potilasryhmittäin. Tilastoaineisto pohjautuu vuosittain toimitettaviin terveydenhuollon hoitoilmoitus-rekisteritietoihin (HILMO) sekä erikseen kerättäviin sairaala- ja erikoisalakohtaisiin kustannustietoihin. (Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos 2015.)

Toiminta- ja tuottavuustiedoissa hoitoa on tarkasteltu potilasryhmäkohtaisesti, jossa kullekin potilasryhmälle on annettu nk. kustannuspaino, joka määrittelee kunkin potilasryhmän vaatimaa resurssien tarvetta. Kustannuspainojen määrit-

tämisessä on käytetty THL:n laskemia painokertoimia, joita on korjattu vastaamaan koko maan vuoden potilasrakennetta. Potilaskohtaiset kustannukset perustuvat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilaskohtaisiin kustannuksiin. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2015.)

Tuottavuutta on mitattu tuottavuuden muutoksena omassa toiminnassa tai tuottavuutta suhteessa vastaaviin yksiköihin. Näkökulma tuottavuuden muutoksessa voi olla tuottajakohmainen tai alueellinen. Alueellisessa näkökulmassa tarkastelu painottuu jonkin tietyn alueen, sairaanhoitopiirin tai kunnan väestön käyttämiin palveluihin ja niistä aiheutuneisiin laskennallisiin kustannuksiin. Tuottavuustiedoissa välisuoritteina tarkoitetaan hoitopäiviä, hoitjaksoja ja avohoitokäyntejä, joita on tuotettu loppusuoritteiden aikaansaamiseksi. Loppusuorite eli varsinainen tuotos on episodi, joka muodostaa perustan tuottavuuden mittaamiselle. Yhden sairaalan tai erikoisalalan kokonaistuotos on saatu laskemalla yhteen painotettujen episodien määrät. Aineistossa panoksina on sairaaloiden kokonais- ja erikoisalakohtaiset kustannukset. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2015.)

Tietojen oikeellisuus riippuu tiedontuottajasta. Vertailtaessa tietoja on syytä huomioida, että sairaalat kirjaavat eri tavalla tai jopa puutteellisesti diagnoosi- ja toimenpidetietoja omiin perusjärjestelmiin sekä yhdistelevät tietonsa erilailla ilmoitettavaksi hoitoilmoitustietosisällöksi. Iso puute on se, että hoitoilmoitusaineiston tietosisällössä ei ole mukana systemaattista lääkehoitotietojen keruuta. Potilasryhmittelijän ominaisuudet ja käytettävät kustannuspainot eivät myöskään huomioi riittävästi potilaiden hoidon vaikeusastetta. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2015.)

Selvää on se, että hallituksen asettamiin tavoitteisiin on mahdoton päästä ilman prosessien uudelleen tarkastelua ja tehostamista. Tätä tarkastelua joudutaan tulevaisuudessa tekemään jokaisessa organisaatiossa. Tarkastelu ei voi pysähtyä pelkästään organisaation sisäisiin prosesseihin, vaan koko palveluketjuja joudutaan kehittämään ja alueellista yhteistyöverkostoa rakentamaan.

## 2.2 Kehittämistehtävän tavoitteet

Kehittämistehtävän tavoitteena on tuottaa tietoa kehittämiskohteena olevan yksikön toiminnallisista muutoksista ja vertailla tuloksia aiempaan toimintaan. Lapin ammattikorkeakoulun opinnäytetyöoppaassa sanotaan: ”Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja osoittaa kykyä soveltaa tutkimustietoa ja käyttää valittuja menetelmiä työelämän ongelmien erittelyyn ja ratkaisemiseen sekä valmiutta itsenäiseen vaativaan asiantuntijatyöhön.” (Lapin ammattikorkeakoulu 2014.)

Jotta voi asettaa kehittämistehtävälle tavoitteet, täytyy ensin ymmärtää, millaista tietoa on tarkoitus tuottaa ja mikä on tehtävän käytännön tavoite. Tämän kehittämistutkimuksen käytännön tavoitteeksi asetan tiedon tuottamisen prosessien muuttuessa. Tämän tiedon avulla toiminnassa tapahtuvaa muutosta voidaan arvioida uudesta näkökulmasta ja prosesseja sekä työtapoja organisaatioin muilla poliklinikoilla voidaan kehittää ja tehostaa. Tällä kehittämistehtävällä haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin: Mikä on prosessimuutoksen vaikutus eri painopisteiden näkökulmasta? Onko prosessimuutoksissa havaittuja vahvuuksia (tai niiden osia) mahdollisuus monistaa muille erikoisaloille elektiiviseen poliklinikkatoimintaan? Kehittämiskohteen käytännön tavoitteen asettamista voidaan perustella myös sillä, että tämän tyyppinen toiminnan toteutus tässä laajuudessaan tapahtui ensimmäistä kertaa. Jotta toimintaa ja yhteistyötä voidaan kehittää, on tarpeen tutkia toiminnasta saadut hyödyt ja löytää kehittämis-kohteet.

### 2.3 Kehittämistehtävän tarkastelun näkökulma

Prosessimuutoksen vaikutuksia voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. Näkökulman valitseminen rajaa sen, miltä osasta kehittämiskohteesta hankitaan tietoa. Eri näkökulmien tunnistaminen on tärkeää, jotta tutkimuksella saadaan hankittua sellaista tietoa, jonka avulla pystytään vastaamaan kehittämistehtävän pääkysymyksiin.

Erilaisia näkökulmia tarkasteluun ovat mm. henkilöstön, johdon, organisaation, prosessin tai tuottavuuden näkökulma. Organisaation näkökulmasta ovat kirjoittaneet mm. Ihalainen & Brommels (2002) ja Myllintaus (2001). Erilaisista prosessinäkökulmista teoksia löytyy esimerkiksi Konttinen (2005), Lillrank, & Haukkaa-Haara (2006) sekä erityisesti toimintaprosessin näkökulmasta Kulokiven

(2002), Malkki & Ritvanen (2005) ja Puttosen (2002) kirjoittamana. Johdon näkökulmaa ovat tutkineet mm. Ahvo-Lehtinen & Maukonen (2005) sekä Sundquist (2002).

Edellä esitetyistä vaihtoehtoista asettamani kehittämiskohteen päätehtävän ja tavoitteen mukaisesti minulla olisi valittavissa siis henkilökunnan, johdon, organisaation, prosessin tai tuottavuuden näkökulmat. Näiden kaikkien näkökulmien kautta pystytään tuottamaan tietoa, joka vastaavat kehittämistehtävän pääkysymyksiin. Näistä vaihtoehtoista valitsen näkökulmaksi prosessin näkökulman, jota tarkastelen yksikön painopistealueiden kautta, jotka on johdettu organisaation strategisista painopistealueista. Organisaation strategiset painopistealueet ovat tulokorttiajattelusta (BSC) johdettuja:

#### 1. Palvelujen ja päivystysvalmiuden turvaaminen sairaanhoitopiirin alueella

- erikoissairaanhoidon päivystyskyvyn vahvistaminen, yhteispäivystyksen kehittäminen ja päivystysasetuksen täytäntöönpano
- avohoidon osuuden kasvattaminen ja laitoshoidon osuuden vähentäminen
- sosiaali- ja terveydenhuollon integraation valmistelu

#### 2. Työhyvinvointiin ja johtamiseen panostaminen

- johtajuuden ja johtamisjärjestelmän kehittäminen
- työhyvinvoinnin ja työn mielekkyyden kasvattaminen
- osallisuuden, aloitteellisuuden ja palkitsemisen tukeminen

#### 3. Tuloksellisuuden parantaminen

- tuottavuusohjelman toteuttaminen ja uuden valmistelu
- resurssien hallittu kohdentaminen, vaikuttava hoito ja kustannusten hallinta
- palveluprosessien laatu ja potilasturvallisuus
- tukipalvelujen toimivuus

#### 4. Asiakas- ja potilaslähtöisten hoito- ja palveluprosessien sekä toimitilojen kehittäminen

- alueellisten palveluprosessien, sairaalan toimintaprosessien ja niitä tukevien toimitilaratkaisujen suunnittelu ja valmistelu
- potilaslogistiikan ja materiaalilogistiikan tehostaminen
- ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen
- teho-osaston toimintamallin kehittäminen

(Lapin sairaanhoitopiirin ky 2015.)

Perustelen tämän valintani prosessin ja siinä tapahtuvan toiminnallisen muutoksen keskeisellä roolilla tässä kehittämistehtävässä. Prosessinäkökulma avaa hyvän tarkastelupohjan tuloksille hyödyntäen organisaatiossa käytössä olevaa tuloskorttiajattelua. Henkilökunnan näkökulmasta tarkasteltuna tutkittaisiin prosessimuutoksen vaikutuksia ainoastaan henkilöresurssien näkökulmasta. Organisaation näkökulmasta saataisiin kuva, siitä millaista resurssien käyttäminen on ollut organisaation kannalta, mutta organisaation toimintaympäristöä ei voitaisi huomioida. Johdon näkökulma puolestaan antaisi vastauksia organisaation omaamien resurssien hyödyntämisestä sekä toiminnasta muutostilanteessa.

Kehittämistehtävän aineiston kerään käyttämällä tietolähteenä ensisijaisesti yksikön henkilökuntaa ja organisaatiosta löytyvää tilastotietoa toiminnasta, taloudesta ja kustannuksista. Tämä mahdollistaa kokonaiskuvan muodostamisen ja käsityksen luomisen prosessimuutoksen vaikutuksista, kun pystyn yhdistämään henkilöstön näkemyksiä sekä toiminnallisia ja taloudellisia faktoja.

Näkökulman valinta määrittää kehittämistehtävän analyysi- ja tulkintatason. Tämän kehittämistehtävän tutkimuksellisen aineiston analyysissa ja tulkinnessa tulen käyttämään prosessin näkökulmaa. Kehittämistehtävän tuottaman tiedon hyödyntämisessä on myös huomioitava, minkä näkökulman perusteella aineisto on kerätty ja analysoitu. Valittu näkökulma rajaa tutkimuksen tulosten sovellettavuutta organisaation muiden yksiköiden käyttöön ja organisaation toiminnan kehittämiseen. On hyvä myös tiedostaa, että kehittämistehtävän tulokset eivät anna vastauksia jatkokehittämiseksi, vaan analysointi tehdään pelkästään toteutuneen prosessimuutoksen ja entisen prosessin välille. Jos toimintaa halutaan kehittää ja saatuja tuloksia jatkojalostaa, täytyy siitä tehdä erillinen kehittämistehtävä. Toinen tiedostettava asia on se, että tavallisesti Balanced Scorecard -mittaristoa käytetään johtamisen apuvälineenä mittaamaan saavutettujen loppu-

tulosten ja asetettujen tavoitteiden välistä eroa. Tässä kehittämistehtävässä tuloskortti-ajattelua hyödynnetään neljän eri painopisteen näkökulmasta, joiden avulla tehdään vertailua kahden eri toimintamallin välillä eikä saavutettuja tuloksia ensisijaisesti verrata asetettuihin tavoitteisiin.



### 3 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TIETOPERUSTA

#### 3.1 Pääkäsitteet ja niiden väliset suhteet

Kehittämistehtävän pääkäsitteet muodostuvat niistä keskeisistä alueista, joista on hankittava tietoa, jotta asetettuun kehittämistehtävän pääkysymyksiin ja tavoitteisiin voidaan vastata. Pääkäsitteiden on oltava yhteensopivat kehittämis-työlle asetettujen tavoitteiden ja näkökulman kanssa. Kehittämistehtävän ydin on prosesseissa ja toiminnoissa tapahtuvissa muutoksissa. Tällä kehittämistyöl- lä halutaan selvittää, mitä muutokset olivat ja millaiset vaikutukset niillä oli asia- kas-, henkilöstö-, talous- ja prosessin näkökulmista. Isona kysymyksenä muu- tosten ja näkökulmien välillä on muutosten vaikutus kokonaistuottavuuteen. Näillä perusteilla tiedon hankkiminen ja analysointi keskittyy prosesseissa ta- pahtuviin muutoksiin sekä niiden tuottavuusvaikutuksiin Balanced Scorecard - mittariston näkökulmista. Kuviossa 1 on esitetty nämä käsitteet ja niiden väliset suhteet.



*Kuvio 1. Kehittämistehtävän pääkäsitteet ja niiden väliset suhteet*

#### 3.2 Prosessi-käsitteen määrittely

Prosessi voidaan määritellä joukoksi toisiinsa kytkeytyviä ja usein toistuvia toi- mintoja sekä niiden toteuttamiseen tarvittavia resursseja, joiden avulla syötteet muutetaan valmiiksi tuotoksiksi. Prosessi voidaan pilkkoa osaprosesseihin, ali- prosesseihin ja tehtäviin. Prosessin käsite on määritelty myös toiminnoiksi, re- sursseiksi ja tuotoksiksi, joihin kiinteänä osana kuuluu suorituskyky. Voidaan sanoa, että prosessi on sarja toimintoja, jotka yhdessä muodostuvat toiminnalli- sista kokonaisuuksista. Tavanomaista näille tapahtumasarjoille on myös se, että edetessään ne kehittyvät, etenevät tai muuttuvat eri vaiheiden kautta. Tapah- tumasarjat antavat lisää arvoa. (Karjalainen 2006; Laamanen 2002; Virtanen & Wennberg 2007, 36.)

Prosessi-käsitteen yhteydessä puhutaan usein ydinprosesseista ja niitä tukevista tukiprosesseista. Yleisesti voidaan ajatella niin, että ydinprosessit ovat ulkoisia asiakkaita palvelevia prosesseja ja tukiprosessit mahdollistavat niiden toiminnan. Pääprosessit puolestaan ovat organisaation onnistumisen kannalta tärkeitä ja ne voivat olla joko ydin- tai tukiprosesseja. Ydinprosessi alkaa aina asiakkaasta, esimerkiksi lähetteen saapumisesta sairaalaan ja päättyy asiakkaaseen esimerkiksi palvelutapahtuman toteuttamiseen. Ydinprosessia tukevat mm. taloushallinnon ja henkilöstöhallinnon prosessit ja ne ovat organisaation näkökulmasta tukiprosesseja. Mutta jos asiaa tarkastellaan talous- ja henkilöstöpalveluiden yksiköiden näkökulmasta, nämä prosessit ovatkin ydinprosesseja. (Laamanen 2002; Pesonen 2007, 131.)

Palvelutuotannon prosesseista löytyy myös kirjallisuudesta erilaisia määritelmiä. Yksi sellainen on palveluiden jaottelu kolmeen peruskategoriaan: asiantuntijapalveluihin, palvelupajaan ja massapalveluun. Asiantuntijapalveluissa volyymi on vähäinen ja palvelukeskeisyys suurta. Massapalveluissa puolestaan tuotettujen palveluiden määrä on suuri ja palvelukeskeisyys yhtä palvelutapahtumaa kohden on vähäisempää. Palvelupaja sijoittuu näiden kahden kategorian väliin. Esimerkki tyypillisestä asiantuntijapalvelusta on käynti lääkärin vastaanotolla. Palvelun kohteena on ihminen ja asiakas tavataan henkilökohtaisesti, yksi kerrallaan. Lääkäri keskittyy asiakkaan asioiden selvittämiseen ja tekee hoitoa ohjaavat päätökset sen perustella. Myös asiakas itse pystyy osallistumaan hoitoprosessiinsa antamalla lääkärille tietoja ja noudattamalla hänelle annettuja hoito-ohjeita. Massapalveluista hyvä esimerkki on esimerkiksi pikaruokaravintolat tai auton katsastaminen, joissa tärkeämpää on lopputulos. Palvelun lyhyt kesto on hyväksi, koska silloin palveluja saadaan tuotettua määrällisesti enemmän ja asiakkaan oma osallistuminen prosessiin on vähäistä. Palvelupaja-periaatteella puolestaan toimivat esimerkiksi suuret ruokakaupat, joissa asiakas tekee ostoksensa itsenäisesti, mutta saa palvelua tarvittaessa. Palvelun tarvetta pyritään rajoittamaan esimerkiksi selkeillä opasteilla myymälän sisällä. (Silvestro, Fitzgerald, Johnston & Voss 1992.)

### 3.3 Tuottavuuden määrittely

Tuottavuutta voidaan määritellä käsitteenä ja ilmiönä sekä tarkastella sitä eri näkökulmista, joita tuottavuuteen ja sen määrittelyyn liittyy. Tuottavuus on taloustieteessä tuotannon tehokkuuden tärkein mitta. Tuottavuudelle löytyy hieman erilaisia määritelmiä ja näkökulmia. Taloussanakirja määrittelee sanan tuottavuus (engl. productivity) tuotosten ja niiden aikaansaamiseksi käytettyjen ponnosten suhteena. Tämä suhdeluku ilmaisee sen, miten tehokkaasti tuotannon tekijäpanokset on yhdistetty tuotoksen aikaansaamiseksi. Tarkastelua voidaan tehdä monelta tasolta; joko kokonaisen kansantalouden mittakaavasta tai yhden yrityksen sisäisen yksikön tuottavuuden tarkasteluna. Tuottavuus on yksi keskeisesti kansakuntien taloudelliseen kehitykseen ja yritysten kilpailukykyyn vaikuttavista tekijöistä. Palvelutuotannosta puhuttaessa kirjallisuudessa käytetään mieluummin sanaa vaikuttavuus kuin tuottavuus. Ne eivät kuitenkaan ole toisensa vastakohtia, vaan ne tulisi ymmärtää toisiaan täydentävinä. (Brax 2007; Taloussanommat 2016.)

Tuottavuudesta puhuttaessa on tärkeää tiedostaa, että määritelmä sisältää yrityksen taloudellisia ja ei-taloudellisia resursseja. Robert S. Kaplan on todennut (1996), että kilpailu vaatii myös ei-taloudellisia mittareita organisaation suorituskyvyn kehittämiseksi. Yrityksen suorituskykyä puolestaan voidaan tarkastella joko sisäisenä tai ulkoisena suorituskykynä. Ulkoista suorituskykyä arvioivat useat tahot esimerkiksi tilinpäätösanalyysin tai kannattavuuden perusteella. Sisäisen suorituskyvyn tarkastelussa huomiota kiinnitetään yrityksen osien suorituskyvyn tarkasteluun, jolloin myös tuottavuus kuuluu selkeästi osaksi sisäistä suorituskykyä. (Kaplan 1996, 44; Rantanen 2002, 5, 25 – 27.)

David Sumanth on tutkinut tuottavuutta paljon ja julkaissut useita teoksia aiheesta. Hän on ainoana tutkijana nostanut kansainvälisen tarkastelutason ja lähestymistavan tuotannon tutkimiseen. Muutoin Sumanthin tasot ovat samat kuin muillakin tutkijoilla: kansantalouden, toimialan, yrityksen ja yksilön tai yksittäisen toiminnan tasot. Kansainvälistä tasoa Sumanth käsittelee erilaisina tuottavuusvertailuina eri kansakuntien välillä. Kansantaloustieteen näkökulmasta tuottavuutta tarkastellaan yleensä tuotantofunktion näkökulmasta huomioiden talouden yleiset lainalaisuudet. Tällöin yksilöllisiä olosuhteita ja ominaisuuksia ei voida huomioida. Toimialatasolla lähestymistapoja on yleensä kolme: indeksi,

tuotantofunktio- sekä input – output –lähestymistavat. Yritystasolla on monia tapoja tarkastella tuottavuutta. Sumanth itse on esittänyt yritystason tuottavuuteen ja sen mittaamisen mielenkiintoisen jaottelun ammattiryhmittäin. Hän jakaa ammattiryhmät seuraavasti: Economist, Engineers, Managers ja Accountants. Yksilön ja yksittäisten toimintojen tuottavuudessa tarkastelunäkökulma rajoittuu usein työn tuottavuuden arviointiin ja mittaamiseen. Tämä sen vuoksi, että yksilöt ja yksittäiset toiminnot ovat erilaisia eri paikoissa ja eri tilanteissa. (Sumanth 1979, 2.1 – 2.9, 1984, 57 – 98.)

Uusi-Rauva kuvaa tuottavuuden kasvua mm. siten, että se lisää organisaation kykyä hidastaa kustannusten kasvua, parantaa kilpailukykyä ja palkanmaksukykyä sekä turvaa työpaikkojen säilymistä. (Uusi-Rauva 1996, 15) Palvelujen tuottavuudesta on paljon tietoa saatavilla, mutta suuri osa kirjallisuudesta perustuu makrotalouden näkökulmaan, jolloin asiaa tarkastellaan olosuhteiden ja kansantalouden resurssien näkökulmasta. (Triplett & Bosworth 2004; Kaitila, Mankinen & Nikula 2006). Mikrotalouden näkökulmasta tuottavuutta on käsitelty huomattavasti vähemmän ja se mielletään usein teollisuuslähtöiseksi. Kuitenkin teollisuus- ja palvelusektoreilla on löydettävissä selkeitä tuottavuuseroja, vaikka osa kirjoittajista ei tätä myönnäkään. Uudempien tutkimusten mukaan palvelusektorin tuottavuus on kuitenkin ollut teollisuuden alaa nopeampaa ja Suomessa ollaan kansainvälisesti hyvällä tasolla. Van Biema ja Greenwald ehdottavat erojen johtuvan mm. siitä, että palvelualat ovat keskenään erilaisia ja palveluissa ei voi tasoittaa kapasiteetin käyttöä varastojen avulla. (Grönroos & Ojasalo 2004; Keltner, Finegold, Mason & Wagner 1999; Van Biema & Greenwald 1997; Kaitila, Mankinen & Nikula 2006.)

### 3.4 Balanced Scorecard (BSC) -käsitteen määrittely

Balanced Scorecardin eli tasapainotetun mittariston käsite esiteltiin ensimmäisen kerran v. 1992, kun Kaplan ja Norton kirjoittivat siitä artikkelissaan Harvard Business Review –lehdessä Balanced Scorecard eli BSC (suom. tasapainotettu tulokortti) on toiminnan ohjauksessa käytettävä suorituskymmittari, jota on käytetty ensisijaisesti strategisen johtamisen välineenä. Toiminnan tarkasteluun näkökulmia on neljä: taloudellinen näkökulma, asiakasnäkökulma, proses-

sinäkökulma ja oppimisen ja kasvun näkökulma. Näiden näkökulmien avulla on tarkoitus luoda tasapainoinen kuva organisaation lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteiden, taloudellisten ja ei-taloudellisten sekä taakse- että eteenpäin katsovien mittareiden välille. Tasapainotettu tulokortti sisältää perinteisten taloudellisten mittareiden lisäksi myös ei-taloudellisia, toimintaa kuvaavia mittareita, joilla on vaikutusta organisaation taloudelliseen menestymiseen. (Kaplan & Norton 1996, 25; Kaplan & Norton 1992, 71.)

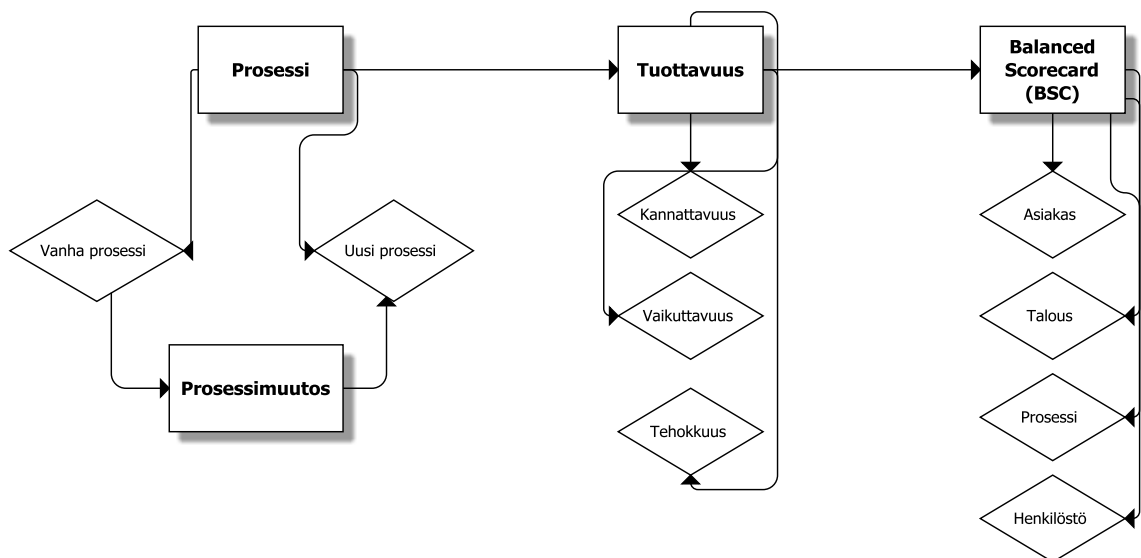
On olemassa useita syitä, miksi organisaation johtamisen kannalta on äärimmäisen tärkeää kiinnittää huomiota myös muihin kuin taloudellisiin mittareihin. Kun huomioon otetaan myös ei-rahalliset -mittarit, organisaatio panostaa myös tuotteen tai palvelu laatuun, asiakastyytyväisyyden ja henkilöstön osaamistason nostamiseen. Pelkän talouden ohjauksen vaarana voi olla, että se kannustaa organisaation johtoa lyhytnäköiseen ajatteluun ja jopa osaoptimointiin. Rahallisiin mittareihin liittyy sellainenkin heikkous, että usein suurin osa työntekijöistä ei edes tunnista sitä, miten heidän oma toimintansa liittyy yhteen erilaisten talouden lukujen kanssa. Mainittujen puutteiden lisäksi rahallinen mittausjärjestelmä jättää kokonaan huomioimatta asiakkaiden ja kilpailijoiden näkökulman. Talouden mittausjärjestelmien suurin puute on se, että ne keskittyvät historia-tiedon mittaamiseen ja monesti keskittyään pelkästään saavutettuihin toteumiin eikä muisteta analysoida sitä, miten tulokset saavutettiin. (Olve, Roy & Wetter 1998, 21 – 23, Goold & Quinn 1999, 9 – 11, Torra 2007, 32.)

Tasapainotetun tulokortin kaikki neljä osa-aluetta yhdessä luovat tasapainoisen tulokortin ja kaikilla osa-alueilla on yhteinen tavoite eli yrityksen menestyminen. Tulokortin tavoitteena on ohjata organisaation johtoa keskittymään strategian saavuttamisen kannalta oleellisimpien asioiden johtamiseen. Mittariston tavoite on myös kuvata entistä paremmin organisaation taitoa käyttää aineetonta pääomaan, kuten henkilöstön motivaatiota tai osaamista hyväkseen. Toiminta- ja johtamisfilosofiana tämä mittaamismenetelmä pitää sisällään käsitykset arvoista, johtajuudesta, osaamisesta ja henkilöstöstä. Jokaisen strategian taustalla on perusolettamus siitä arvomaailmasta, minkä pohjalle organisaation on oman strategiansa ja toimintansa perustanut. Tulokorttiajattelun vahvuuksina voidaan pitää yksinkertaisuutta ja joustavuutta erilaisten organisaatioiden tarpeisiin sekä keskittymistä yrityksen kriittisiin menestystekijöihin. Tulokortin avulla valtavasta tietomäärästä saadaan helposti poimittua vain olennainen ja

tarpeellinen tieto johtamisen kannalta. (Määttä & Ojala 2000, 11, 20 – 25; Toivanen 65 – 69.)

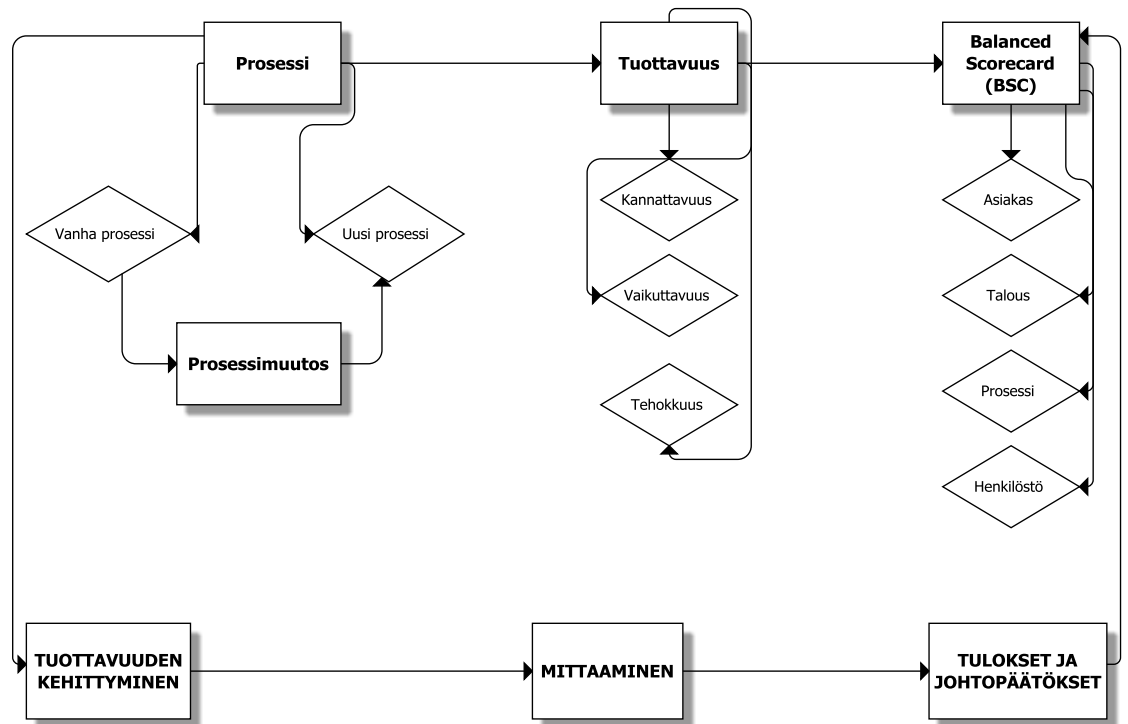
### 3.5 Alakäsitteiden määrittely

Pääkäsitteet itsessään ovat varsin laajoja, joten olen tarkastellut niitä myös alakäsitteiden ja pääkäsitteisiin läheisesti liittyvien käsitteiden kautta. Kuviossa 2 on kuvattu pääkäsitteisiin liittyviä lähikäsitteitä, jotka ovat osa tämän kehittämissihtävän tietopohjaa. Kehittämistehtävässä vertaillaan eroja vanhan ja uuden prosessin välillä, jotka ovat aiheutuneet prosessimuutoksesta. Tuottavuudesta puhuttaessa saatetaan itse asiassa tarkoittaa kannattavuutta, vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Sen vuoksi avaan tietoperustassa näiden käsitteiden eroja ja niiden liittymistä tuottavuuteen. Organisaation puolelta vertailua haluttiin tehtävän Balanced Scorecard -ajattelua mukailevien painopistealueiden näkökulmasta. Tämän vuoksi olen valinnut BSC:n neljä eri näkökulmaa yhdeksi tietoperustan aihealueeksi.



Kuvio 2. Pääkäsitteet ja niihin läheisesti liittyvät käsitteet

Tarkastelu osoittaa, että kaikki valitut käsitteet muodostavat yhden kokonaisuuden, joka vastaa kehittämiskohteen tavoitteisiin. Näkökulman toteutuminen perustuu siihen, että kaikki käsitteet keskittyvät prosessiin ja erityisesti muutokseen sopeutumiseen. Tämän tutkimuksen näkökulmaksi on asetettu prosessin näkökulma eri painopistealueista tarkasteltuna. Kuviossa 3 käsitteet on yhdistetty osaksi kehittämissihtävää.



Kuvio 3. Käsitteiden liittyminen kehittämiskohteen pääkysymyksiin

### 3.6 Prosessi

#### 3.6.1 Prosessin kehittäminen

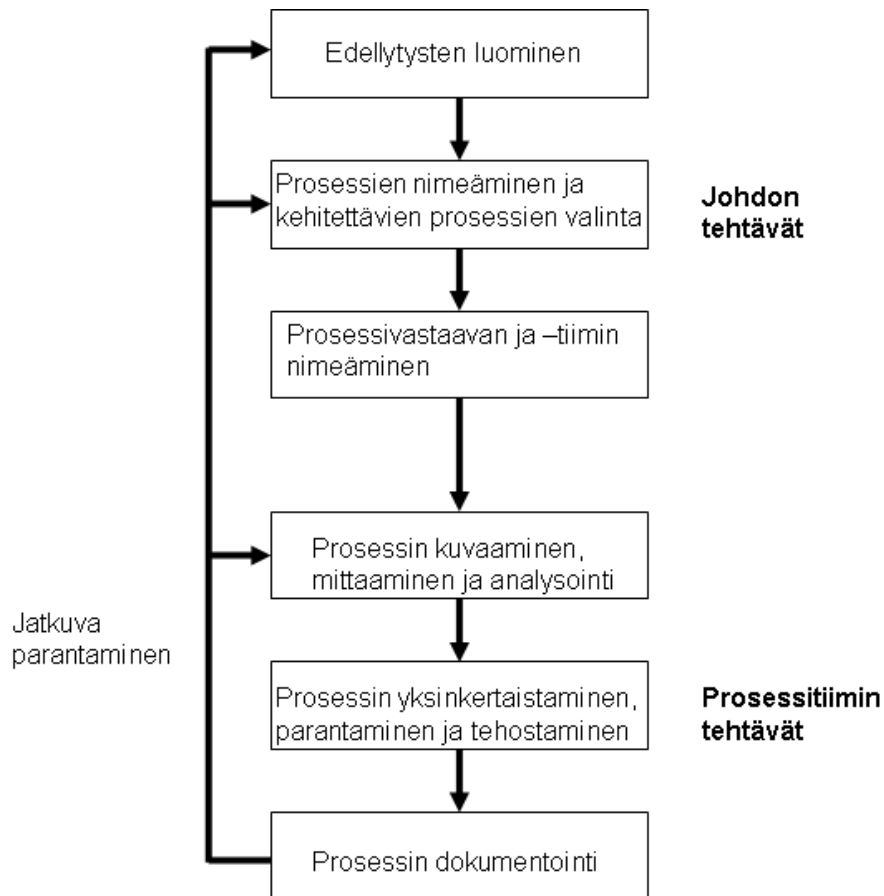
Kun olemassa olevaa prosessia halutaan kehittää, täytyy määritellä tavoitteet, mitä kehittämisellä tavoitellaan. Tavoite voi liittyä esimerkiksi tehokkuuden tai vaikuttavuuden lisäämiseen. Viime vuosina terveydenhuollon alalla on yleistynyt nk. Lean-ajattelu ja tätä toimintatapaa on alettu hyödyntää useissa organisaatioissa. Lean-valmistuksen historia lähtee japanilaiselta autotehtaalta, joka kärsi pääoman puutteesta. Heidän oli keksittävä, miten tuottaa enemmän vähemmällä kustannuksella. Tästä lähti kehittymään Toyota Production System, joka on pohja Leanille. Lean-nimen tausta juontaa vuodelta 1987, jolloin tutkia John Krafick oli tutkijana ryhmässä, joka tutki eri autotehtaiden tuottavuutta. Krafick tarvitsi nimilapun Toyota Production Systemsille (TPS), joka kuvaisi parhaiten sitä, mitä tutkittava systeemi on. John Krafick totesi tuolloin: ”Se (TPS) käyttää vähemmän kaikkea luodessaan saman määrän arvoa, joten kutsukaamme tätä LEAN:ksi. Lean-tuotanto tuli yleiseen tietoisuuteen v. 1990 James Womackin ja Daniel Roosin kirjasta ”The Machine That Changed the World. Lean on sittemmin määritelty laatufilosofiaksi, joka on asiakaslähtöisen prosessijohtamisen malli. Menetelmä perustuu toimintaa ja ajattelutapaan, jossa tuottavuutta kasva-



tetaan poistamalla prosessiin liittyvä hukka. Yksi keskeisin tavoite on läpimenoajan lyhentäminen. Lean-ajattelu tarjoaa erilaisia työkaluja hukan tunnistamiseen. Keskeisintä on, että prosessin ongelma- ja hukkakohdat tunnistetaan. Lean-menetelmä ei siis itsessään tehosta prosessia, vaan auttaa löytämään ne ongelmakohdat, joihin organisaatiossa tulee kehittää ratkaisut prosessin tehostamiseksi. (Six Sigma 2012.)

Prosessien kehittämisessä tavoitteena kehittää prosessikokonaisuuksia eikä organisaatio itsessään ole huomion keskipisteenä. Prosessien kehittämistoinnassa ulkoisten asiakkaiden rooli on tärkeä, kun taas sisäisillä asiakkailla on suuri merkitys silloin, kun keskitytään yksiköiden välisen yhteistyön kehittämiseen. Samaan aikaan ei kannata kehittää kaikkia prosesseja, vaan valita alkuun muutama tärkeimmistä prosesseista, joiden kehittämiseen keskitytään ja saadaan konkreettisia tuloksia aikaiseksi. Valintaa tehdessä voidaan kiinnittää huomio niihin prosesseihin, jotka ovat organisaatiolle tärkeitä tai joiden suorituskyky on huono. Muita kehitettävien prosessien valintaan vaikuttavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi läpimenoajan pituus tai uudemman teknologian hyödyntäminen. (Kvist, Arhoma, Järvelin & Räikkönen 1995, 19, 72–74; Lecklin 2002, 164–167.)

Prosessien kehittämisen edellytyksenä on prosessien kuvaaminen. Ilman tätä työtä, kehittäminen on mahdotonta. Kuvaukset helpottavat prosessien kulun ymmärtämistä ja kehittämiskohteet on helpompi löytää. Prosessikuvaus ei saisi olla liian tarkka, jotta se ei veisi liikaa aikaa ja huomio ei kiinnittyisi yksityiskohtiin. Toisaalta liian yleinen kuvaus estää näkemästä prosessia konkreettisella tasolla. Suositus on, että prosessikuvauksesta käy ilmi kaikki käytössä olevat resurssit. Prosessien kehittämisessä on suositeltavaa käyttää mallia, jonka pohjalta kehittämistyötä lähdetään tekemään. Kehittämismalli voi olla itse laadittu tai se voidaan kopioida olemassa olevasta mallista. Mallissa määritellään ne prosessien kehittämisperiaatteet, jotka ovat organisaatiossa käytössä. Tämä helpottaa itse kehittämistyötä, koska prosessien kehittäjät voivat keskittyä täysipainoisesti kehittämistyöhön eikä heidän tarvitse keksiä kehittämiselle systematiikkaa. Kuvio 4 kuvaa yhtä prosessien kehittämisen mallia. (Kvist ym. 1995, 65, 77 – 83.)



*Kuvio 4. Esimerkki prosessien kehittämisen mallista  
(Kvist ym. 1995, 64)*

Terveystenhuollossa prosesseja voidaan tarkastella useasta näkökulmasta. Ydin- ja tukiprosessien lisäksi voidaan puhua nk. standardiprosesseista tai rutiiniprosesseista. Keskeisimpiä käsitteitä terveydenhuollossa ovat episodit ja prosessit, jolloin myös tarkastelunäkökulma voi olla hyvinkin erilainen. Taulukossa 1 Lillrank yms. (2004) ovat kuvanneet terveysongelmaan ja sen määrittelyyn liittyvää terminologiaa. (Kujala, Lillrank & Peltokorpi 2004, 20 – 23.)

*Taulukko 1. Terveysongelmaan ja sen hoitoon liittyvien termien määritelmät (Kujala ym. 2004, 21.)*

TERMI	MÄÄRITELMÄ
Sairausepisodi	Ajanjakso, jolloin henkilöllä on yksittäinen tauti tai terveysongelma
Perusterveydenhuollon potilasepisodi	Potilaan tautiin tai terveysongelmaan liittyvä ajanjakso, joka alkaa silloin, kun potilas ensi kertaa ilmaisee ongelman hoidonantajalle, ja päättyy viimeiseen kyseiseen tautiin tai terveysongelmaan liittyvään yhteydenottoon.
Erikoissairaanhoidon potilasepisodi	Hoitoprosessien kokonaisuus, joka tarvitaan potilaan tietyn terveysongelman ratkaisemiseksi yhdellä tai usealla erikoisalalla. Potilasepisodin käynnistää päivystyskäynti tai lähete, jonka perusteella potilas saapuu hoitoon. Potilasepisodi voi sisältää yhden tai useita käyntejä sekä usein myös yhden tai useita osastohoitojaksoja.
Hoitosuositus	Lääketieteellisesti perusteltu ja yleisesti hyväksytty suositus tietyn potilasryhmän hoidon kokonaisuudesta.
Hoitoprosessi	Tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien hoitotapahtumien muodostama suunnitelmallinen, yleensä organisaatiokohtainen toimintasarja.
Potilastapahtuma	Hoitoprosessin tapahtumat, joissa potilas on yhteydessä terveydentuottajaan.
Taustatapahtuma	Hoitoprosessin tapahtumat, joissa käsitellään potilaan tapausta ilman potilaan osallistumista itse tapahtumaan.
Hoitoketju	Saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva hoitoprosessien kokonaisuus.
Potilasprosessi	Määritellyn potilasryhmän hoidon suunniteltu kulku läpi erilaisten hoitoprosessien.
Tukitoiminnot	Sairausepisodin aikaisen elämän helpottamiseen tähtäävät ei-lääketieteelliset toiminnot

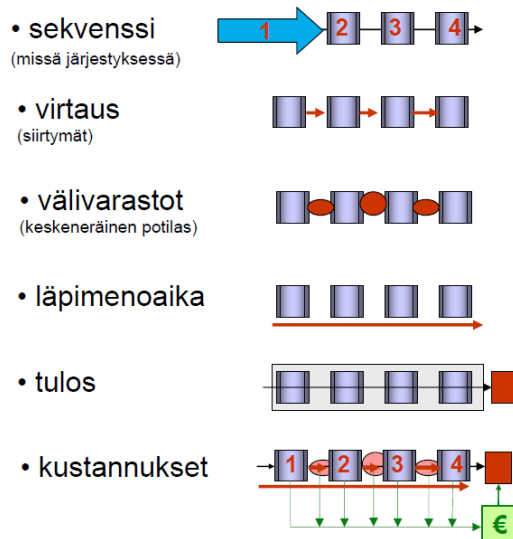
Paul Lillrank (2008) on määritellyt tekijöitä, joita terveydenhuollon hoitoprosessissa tosiasiallisesti voidaan ohjata. Hän nostaa esille myös sen, että toiminnan logiikasta riippuen, ohjausmekanismit vaihtelevat. Esimerkiksi elektiivisen toimenpiteen prosessissa huomio kiinnittyy eri asioihin kuin jos tarkastellaan koko hoitoprosessia. Hoitoprosessissa voidaan ohjata sekvenssiä, virtausta, välivarastoja, läpimenoaikaa, tulosta ja kustannuksia. Sekvenssillä tarkoitetaan sitä, missä järjestyksessä asiat toteutetaan prosessin aikana. Virtauksessa puolestaan kiinnitetään huomiota potilaan siirtymiin esimerkiksi yksiköstä toiseen hoitoprosessin aikana. (Lillrank 2008.)

Kujala yms. (2004) ovat nostaneet terveydenhuoltoon termin keskeneräinen potilas. Usein ajatellaan, että potilaan aika terveydenhuollon parissa on ilmaista ja rajatonta. Tämä ei kuitenkaan pidä paikkaansa. Asiakkaasta aiheutuu suoria ja epäsuoria kustannuksia monille eri toimijoille hänen sairastaessaan ja samaan aikaan hän itse kärsii huonontuneesta elämisen laadusta. Terveydenhuoltosektorilla olisi katse käännettävä resurssien hyödyntämisen maksimoinnista kokonaiskustannusten hallintaan ja minimointiin. Palveluiden saatavuus on yksi

tärkeimmistä tekijöistä episodien läpimenoaikaan. Terveysthuollossa läpimenoaikaa on tarkasteltu viidestä eri näkökulmasta. Mm. hoidon lääketieteelliseen logiikkaan, aikaviiveiden vaikutuksiin potilaan tilassa sekä sairaalainfektioita huomioidaan kliinisen näkökulman tarkastelussa. Asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna aika määräytyy hänen tuntemansa epävarmuuden, vaivan ja kivun kokemusten kautta. Työntäjän näkökulmasta katsottuna työntekijän työkyvyttömyysaikana hänen työpanostaan ja asiantuntemustaan ei voida hyödyntää. (Kujala ym. 2004, 17 – 18.)

Tuotannonohjauksen kannalta huomio kiinnittyy esimerkiksi kapasiteettien käyttöasteisiin, resurssien kohdentamiseen sekä aikaviiveisiin, jotka mahdollisesti johtuvat tietojen käsittelystä, ja hoitovirheiden korjaamiseen. Tärkeintä on selvittää, kuinka paljon aikaviiveet aiheutuvat eri rajoitteista tuotannonohjauksessa. Kustannusten muodostumisen näkökulma on olennainen hoidon rahoittajien ja työnantajien kannalta. Nämä näkökulmat huomioon ottaen terveydenhuollon aika voidaan jakaa erilaisiin hoitoaikoihin ja odotusaikoihin. Lähtökohtana on, että asiakkaan hoidon viemästä ajasta olisi eriteltävä se aika, mikä tuottaa arvoa ja mikä tuottamatonta aikaa. Tämän jälkeen olisi kyettävä kehittämään tuotannonohjausta siten, että arvoa tuottamaton aika saadaan minimoitua. Kuviossa 5 on kuvattu, mitä asioita prosessissa tulee ohjata. (Kujala ym. 2004, 17 – 18.)

## MITÄ PROSESSISSA OHJATAAN ?



*Kuvio 5. Prosessin ohjausmekanismit  
(Lillrank 2008.)*

### 3.6.2 Prosessin uudelleensuunnittelu

Prosessin kehittämisestä hieman poikkeava ilmaisu on prosessin uudelleensuunnittelu, joka tulee englanninkielisestä termistä process reengineering. Prosessien kehittäminen voidaan jakaa jatkuvaan parantamiseen ja radikaaliin uudelleensuunnitteluun. Koko prosessin suunnittelu täysin uusiksi on järkevää silloin, kun toimintaympäristö muuttuu nopeasti. Radikaali uudelleensuunnittelu voi olla perusteltua myös tilanteissa, joissa kilpailijoiden toimet ovat nopeita ja yllättäviä ja toimiva johto on aloitteentekijänä. (Hannus 2000, 100–103; Martola & Santala 1997, 28.)

Prosessin uudelleensuunnittelu vaatii organisaation johdolta täyden tuen ja varmistuksen, että muutoksen läpi viemiseen on riittävästi resursseja käytettävissä. Tavoitteet kannattaa asettaa rohkeasti ja riittävän korkealle, jotta toimintaan saadaan tuntuvia parannuksia. Liian pienen tavoitteet eivät yleensä johda kovin suuriin toiminnallisiin muutoksiin. Muutoksen läpivienti saattaa kestää useita vuosia, jolloin onnistumisen kannalta on tärkeää, että henkilöstö saadaan sitoutettua muutokseen. Kriittisiä menestystekijöitä halutun lopputuloksen saavuttamiseksi on myös mm. riittävä koulutus henkilöstölle, konsulttien tarpeellinen käyttö sekä johdon vahva tuki. Prosessien uudelleensuunnittelu tekee prosesseista, nopeampia, koska toiminta muuttuu sujuvammaksi ja niistä tulee lisäksi edullisempia, koska prosessit toimivat tehokkaammin. Ennen uudelleensuunnittelun aloittamista, on tärkeää tiedostaa toimintaan liittyvät riskit. Kun riskit on kartoitettu, niistä kannattaa tehdä riskienhallintasuunnitelma. Lisäksi on hyvä huomioida, että toiminnan muutosvaihe sitoo paljon resursseja, mutta pitkällä aikavälillä vapauttaa niitä muuhun käyttöön. Avainhenkilöiden tulee olla päteviä ja nauttia muun henkilöstön arvostusta ja luottamusta. (Kvist ym. 1995, 109; Lecklin 2002, 230 – 231.)

Helsingin Sanomat uutisoi 3.9.2015 Espoon Matinkylän terveysaseman jonotusaikojen lyhentymisestä vain viikon mittaiseksi. Edellisenä talvena terveysasemalle sai odottaa aikaa lähes kaksi kuukautta, joten muutos on asiakkaan

näkökulmasta merkittävä. Muutos on saatu aikaiseksi ilman henkilöstöresurssin tai määrärahan lisäämistä. Tulokset on saavutettu työkäytäntöjä muuttamalla uuden ylilääkärin johdolla. Enää asiakkaita ei istuteta vastaanottoaulassa odottamassa, vaan vastaanotolle tullaan aina ajanvarauksella, myös päivystykseen. Hoitajien ja lääkäreiden työnjakoa on uusittu, lääkäreiden työpäivien rakennetta selkiytetty ja kokouksissa istumista on vähennetty, jolloin potilastyölle on vapautunut lisää aikaa. Aluksi muutokset herättivät henkilöstössä vastarintaa, mutta ylilääkäri sai houkuteltua heidät mukaan kokeilemaan muutosta. Tuloksia alkoi näkyä jo parissa kuukaudessa. Se kannusti jatkamaan työn toimintojen kehittämistä. Ylilääkäri Olli Huuskosen mukaan hänellä on lähes reaaliaikainen tieto, kuinka monta vastaanottoaikaa terveysaseman tulisi kyetä tuottamaan. Terveysaseman kysyntää seurataan tarkasti ja laskuri mittaa, kuinka monta ja minkälaista ajanvarausta minäkin päivänä on tehty. Aiemmin sama tehtiin arvailemalla. (Murto & Pajuriutta 2015, A6 - A7.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylilääkäri Jukka Kärkkäinen kannustaa jatkamaan hyviä käytäntöjä. Hänen mielestään asiat voidaan tehdä tehokkaammin ja toimintatapoja on vara tarkastella kriittisemmin. Tulevaisuudessa terveydenhuollon määrärahat eivät paljoa lisäännä, mutta paineet työtehon nostamiseen ovat kovat. Perusterveydenhuollon johtaja Simo Kokko (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri) muistuttaa kuitenkin, että pelkkä numeroiden tarkastelu ei ole hyväksi. Ei riitä, että potilas pääsee nopeasti hoitoon, jos se tehdään hoidon jatkuvuuden kustannuksella. Hoitosuhteen jatkuvuus on hyvän perusterveydenhuollon ydin ja on tärkeää, että potilas pääsee aina samalle lääkärille. (Murto & Pajuriutta 2015, A6 - A7.)

### 3.7 Tuottavuus ja siihen läheisesti liittyvät käsitteet

#### 3.7.1 Tuottavuus

Tuottavuus itsessään on hyvin laaja käsite ja usein se sotketaankin muihin, läheisesti tuottavuuteen liittyviin käsitteisiin, kuten vaikuttavuus, tehokkuus tai kannattavuus. Kansainvälisessä kirjallisuudessa tuottavuutta lähellä olevia määritelmiä ovat effectiveness ja efficiency. Näistä effectiveness vastaa paljolti suomen kielessä käytettyä sanaa tuloksellisuus, jota voidaan pitää eräänlaisena

yläkäsittteenä esimerkiksi tuottavuudelle, taloudellisuudelle ja tehokkuudelle. Efficiency puolestaan vastaa joissakin määritelmässä käytettyä tehokkuuden käsitettä. (Horngren & Foster 1987, 184; Juurinen 1986; Laitinen 1984, 42; Lumijärvi 1987; Pitkänen 1986.)

Tuottavuuteen liittyy aina prosessi, jonka lopputuloksena syntyy jokin suorite. Tuottavuuden mittaamisella pyritään selvittämään kyseisen prosessin operatiivinen kannattavuus. Tangen (2005, 36 – 38) muistuttaa, että tuottavuus on aina yhteydessä olemassa olevien resurssien käyttöön ja saatavuuteen. On selvää, että organisaation tuottavuus kärsii, jos resursseja ei osata hyödyntää oikein tai niitä ei ole riittävästi saatavilla. Tuottavuus kasvaa vain silloin, kun käytössä olevat toimet ja resurssit lisäävät loppusuoritteiden arvoa. Tuottavuus on suhteellinen käsite eikä ole itsestään selvää, että tuotannon määrän kasvaessa myös tuottavuus automaattisesti kasvaa. (Tangen 2005, 36 – 38.)

Tuottavuus mittaa sitä, millä tehokkuudella prosessi muuttaa panoksia tuotoksiksi arvioimalla resurssien ja suoritteiden välistä suhdetta. Vaikka tuottavuus on erittäin laaja käsite, sen määrittelystä ja käsitesisällöstä ei yleensä vallitse erilaisia käsityksiä. Tuottavuuskäsite kytkeytyy aina eri panostekijöihin. Organisaation tasolla tuottavuus mittaa kykyä yhdistää eri panostekijöitään toisiinsa mahdollisimman hyvän lopputuloksen aikaan saamiseksi. Tuottavuus on yksi osa-alue taloudellisuudessa ja se liittyy kiinteästi kulutustekijöihin. Tuottavuuslukujen seurannalla saadaan käsitys, miten tuotannon tehokkuus on kehittynyt. Tuottavuuden noususta kertoo esimerkiksi loppusuoritteiden määrän kasvu, laadun parantuminen tai joskus molemmat verrattuna entisiin tuotantopanoksiin. Tuottavuus on myös tärkeä edellytys hyvälle kilpailukyvyille. Usein tuottavuuden määritelmänä käytetään panos/tuotossuhdetta. Tämän määritelmän heikkous on se, että se ei kerro yhtään niistä tekijöistä, mitkä tosiasiallisesti ovat vaikuttaneet tuottavuuteen eikä se anna ratkaisuvaihtoehtoja tuottavuuden kehittämiseen. (Hjerpe & Luoma 2003, 70 – 72; Peltonen 1991, 30 – 32; Utriainen 1994.)

### 3.7.2 Vaikuttavuus

Terveydenhuollossa vaikuttavuudella tarkoitetaan useimmiten asiakkaan saamaa terveyshyötyä käytettyään palveluja. Ozcan (2008) määrittelee vaikutta-

vuuden resurssien ja vaikutuksen väliseksi suhteeksi. Vaikuttavuuden mittaaminen antaa organisaatiolle tietoa siitä, käytetäänkö resursseja niin, että parhaat mahdolliset vaikutukset saadaan aikaiseksi. Organisaation toiminta voi olla tehokasta, mutta vaikutukset jäävät vähäisiksi. Tällainen esimerkki voi olla, että tuotetaan paljon toimenpiteitä, mutta ne eivät vastaa potilaan terveydentilan vaatimaa hoitoa. (Ozcan 2008.)

Konun yms.(2009) mukaan vaikuttavuutta saadaan aikaan verrattaessa tuotosta ja sen lähtökohtana ollutta tarvetta. Vaikuttavuutta voidaan arvioida suhteessa tavoitteisiin, kuten yksilön tai yhteisön tarpeiden tyydyttämiseen. Erilaisissa vaikuttavuuden arvioinneissa toimenpiteiden vaikutukset ovat aina läsnä. Lumijärven (1994) mukaan laadun ja vaikuttavuuden ero on aikajänne. Hyvä ja laadukas tuotos ei välttämättä tuota vaikuttavuutta. Seuraukset (vaikuttavuus) nähdään vasta myöhemmin esimerkiksi toipumisena, paluuna hyvään kuntoon tai työkykyiseksi palautumiseen kuluvana aikana tai mahdollisina sivuvaikutuksina. Koska vaikuttavuutta on vaikea mitata suoraan, tietoa toimintatavan tehosta voidaan käyttää epäsuorasti vaikuttavuuden arviointiin. (Konu, Rissanen, Ihanola & Sund 2009; Lumijärvi 1994.)

### 3.7.3 Tehokkuus

Ozcan (2008) on määritellyt tehokkuuden toiminnaksi, jossa tuotetaan mahdollisimman paljon suoritteita mahdollisimman vähin panoksin. Talousnäkökulmassa tehokkuudella usein tarkoitetaan kykyä saavuttaa asetetut tavoitteet. Paul Lillrank ja kumppanit (2004) ovat käsitelleet teoksessaan terveydenhuollon palvelutuotannon tehokkuutta. He jakavat tehokkuuden operatiiviseen ja alloktiiviseen tehokkuuteen. Operatiivisella tehokkuudella tarkoitetaan suoritteiden ja resurssien välistä suhdetta alloktiivisella tehokkuudella tarkastellaan sitä, miten tehokkaasti eri resurssit on kohdennettu tavoitteiden kannalta keskeisiin tuotantoyksiköihin. Operatiivisesta tehokkuudesta esimerkkinä on se, että paljonko esimerkiksi avokäyntejä voidaan tuottaa tietyllä henkilöstömäärällä. Alloktiivisessa tehokkuudessa keskitytään mittaamaan sitä, onko esimerkiksi yhdessä yksikössä riittävästi sairaanhoitajia suhteutettuna lääkäreiden määrään. Drummondin ja kumppaneiden (2005) mukaan terveystaloustieteessä on tyypillistä käyttää käsitteitä tehokkuus ja vaikuttavuus ilman, että niitä suhteutetaan



resurssien määrään. (Drummond, Sculpher, Torrance, O'Brien & Stoddart 2005; Lillrank, Kujala & Parvinen, 2004; Ozcan 2008.)

Kun tehokkuudesta puhutaan terveydenhuollossa, on tärkeää kiinnittää huomiota asioihin, joilla voidaan vaikuttaa terveysvalintojen muutokseen. Tällaisia asioita ovat mm. asiakkaan motivoiminen ja oikeaan aikaan annettu ohjaus. Tällöin voidaan pitkällä aikavälillä seurata, miten toiminnan taloudellinen tehokkuus muuttuu. Toisinaan toiminnan kehittämiseen ladatut panokset voivat kuitenkin olla niin suuria, että tehokkuus kärsii, vaikka hyötyä saataisiinkin. Tehokkuuden käsite on haastavaa ja moniselitteinen, koska sillä on erilainen merkitys eri tieteenaloilla. Esimerkiksi tuotantoteoria määrittelee sen yksikön etäisyydeksi ei-dominoitujen yksiköiden muodostamasta tehokkuusrintamasta. Tehokkuudessa olisi tärkeää määritellä se, mitä sillä halutaan kuvailla. Se voi olla suoritteiden tehokasta aikaansaamista eli tuottavuutta tai lopputuloksia eli vaikuttavuutta. Terveystaloustieteen sisällä tehokkuus ja tuottavuus voivat olla lähes samaa tarkoittavia asioita tai toisinaan tarkoittaa täysin eri asioita. Useimmiten terveystaloustieteessä tehokkuudella tarkoitetaan kuitenkin taloudellista arviointia eli kustannusvaikuttavuutta ja kustannushyötyä. (Laine 2005, 29; Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola 2002, 285.).

Tehokkuus jaetaan kirjallisuudessa eri alalajeihin, jota Seppälä on määritellyt pro gradu-tutkielmassaan ” Tehokkuus julkisen ja yksityisen organisaation toiminnan arvioinnissa. Esimerkkinä julkiset ja yksityiset terveyspalvelut” (2006). **Teknisellä tehokkuudella** tarkoitetaan sitä, kun tuotantotoiminnassa tavoitellaan minimipanosten määrä, joilla saadaan maksimaalinen tuotos aikaan. **Kustannustehokkuudessa** pyritään siihen, että teknisen tehokkuuden lisäksi on huomioituna myös panosten kustannukset. Monista teknisesti tehokkaista vaihtoehtoista usein valitaan kustannukset minimoiva vaihtoehto, jotta lopputuloksena saadaan tavoiteltu tuotanto aikaiseksi. **Sisäinen tehokkuus** jaetaan monesti tuottavuuteen ja taloudellisuuteen. Tuottavuus tarkoittaa tässä yhteydessä panosten suhdetta lopputuotokseen ja taloudellisuus kustannusten suhdetta suoritteisiin. Sisäinen tehokkuus on suuressa roolissa silloin, kun toiminnan tuloksellisuutta halutaan parantaa. **Ulkoisesta tehokkuudesta** tarkoitetaan toiminnan vaikuttavuutta tai tuloksellisuutta. Vaikuttavuudella ilmaistaan tavoitteiden saavuttamisen astetta ja tuloksellisuudella toiminnan onnistumista. Tulokselli-

suuden arviointia voidaan tehdä usealla eri tavalla, jotka voivat johtaa hyvinkin erilaisiin lopputuloksiin. Tärkeintä on kuitenkin huomioida, että arviointikriteerejä on riittävän monta, jotta voidaan arvioida laajempaa kokonaisuutta. (Seppälä 2006, 14 - 20; Redd 1970, 3, 66 – 81.)

**Taloudellisella tehokkuudella tarkoitetaan** sitä, että voimavaroja ei tuhlaata ja käytetään aina parempaa olemassa olevaa vaihtoehtoa. Taloudellinen tehokkuus ei kuitenkaan ota kantaa valinnan tulokseen. **Liikkeenjohdollinen tehokkuus** kuvaa sitä, kuinka hyvin organisaation johto saavuttavat heiltä edellytetyt tulosvaatimukset. Liikkeenjohdollisessa tehokkuudessa näkökulma on enemmänkin tuloksen kuin panoksen mukainen ja huomiota kiinnitetään siihen, mitä johto on saanut aikaiseksi sen sijaan, että arvioitaisiin mitä johto on tehnyt. **Tavoitetehtokkuudesta** Seppälä on todennut Reddiin (1970) viitaten, että se on henkilökohtaista johtamistehokkuutta. Määritelmä korostaa esimiehen organisatorista asemaa, sillä palveluissa julkisen sektorin organisaatioissa tehtävänkuvauksissa ja toimivallan määrittelyssä on johtamisessa keskeinen sija. Työmenetelmien ja -tapojen kehittäminen vaatii prosessien toiminnan arviointia. Jotta se on mahdollista, täytyy tehokkuuden käsite ulottaa myös prosessitehtokkuudeksi. **Prosessitehtokkuus** on sitä, missä laajuudessa hallinto kykenee sisäisesti, rakenteellisesti ja sujuvuudeltaan toteuttamaan sille asetettuja vaatimuksia ja tavoitteita. (Seppälä 2006, 14 - 20; Redd 1970, 3, 66 – 81.)

#### 3.7.4 Kannattavuus ja taloudellisuus

Kun tuottavuus käsitteenä liittyy organisaation reaali prosessiin, niin kannattavuus kuvaa organisaation rahapro sessia. Kannattavuuden ilmaisulla halutaan kertoa organisaation tuottavuutta rahapro sessin näkökulmasta. Yksinkertaisimmillaan se voidaan kuvailla yrityksen tulojen ja menojen välisenä erotuksena tai voittona. Muita kannattavuuden mittareita ovat esimerkiksi voiton suhde liikevaihtoon tai sidottuun pääomaan. (Hannula 2000, 24 – 25.)

Taloudellisuudella puolestaan kuvataan sitä, kuinka edullisesti jokin suorite saadaan tuotettua. Karlöf (2004) on kuvannut taloudellisuutta resurssien säästäv äisenä käyttönä. Hänen mielestään taloudellisen toiminnan tavoitteena on tuottaa loppusuorite, joka on arvoltaan suurempi kuin käytettyjen resurssien

arvo. Kannattavuus yhtenä tehokkuuden ilmenemismuotona kuvaa asiakkaan saaman arvon ja tuottavuuden välistä suhdetta ja samalla kannattavuus ilmaisee myös koko organisaation tehokkuutta. (Karjalainen 1995, 2 – 5; Karlöf 2004, 59 – 60.)

### 3.8 Painopistealueet (BSC)

Balanced Scorecardissa eli tasapainotetussa mittaristossa tasapainoa haetaan useiden toimintojen ja tekijöiden välillä. Mittaristo sisältää sekä taloudellisia että toiminnallisia mittareita. Monesti toiminnallisia mittareita on useita erilaisia, mikä kertoo siitä, että johtamisessa painotetaan muutakin kuin pelkästään taloudellisia saavutuksia. Johtamisessa tärkeää on löytää tasapaino tulostittareiden ja ennakoivien mittareiden välillä. Balanced Scorecard-mittaristolla tuotetaan perusmallissa tietoa neljästä eri näkökulmasta: asiakas, talous, prosessi sekä oppimisen ja kasvun näkökulmista. (Malmi, Peltola & Toivanen 2002, 30 – 33, 63 – 66; Kaplan & Norton 1996, 28 -31, 147 – 151.)

Mittareiden avulla ei ole tarkoitus kontrolloida toimintaa, vaan käyttää saatua informaatiota oppimisen ja kasvun välineenä. Tärkeätä on, että mittarit valikoidaan organisaation omasta strategiaperustasta. Ne voivat olla joko tulos- tai vaikutusmittareita, jotka kertovat aikaansaannoksen, kuten tuottavuus tai asiakastyytyväisyys. Parhaiten hyödyttää mittaristo, joka sisältää sekä tulosta että vaikuttavuutta mittaavia asioita ja antaa näin monipuolisen kuvan yrityksen toiminnasta. Tärkeää on, että mittarit peilaavat toimintaa menneisyyteen, nykyisyyteen ja tulevaisuuteen. Tavoitteita asetettaessa mitattaville asioille määritellään selkeä yksikkö, miten tulos ilmoitetaan. Se voi olla esimerkiksi €, poikkeama-% tai lukumäärä, jota organisaatio tavoittelee. (Määttä ym. 2000, 107; Olve ym. 1998, 24 - 25; Malmi, Peltola & Toivanen 2002, 30 – 33, 63 - 66; Kaplan & Norton 1996, 28 -31, 147 - 151.)



Kuvio 6. *Balanced Scorecard*  
(Kaplan & Norton 1996, 9.)

Ennen asiakasnäkökulmaa mittaavien mittareiden asettamista, organisaation tulee tiedostaa hyvin omat asiakassegmentit; asiakasryhmät, joille palvelua tuotetaan. Asiakasnäkökulmaa kuvaavat mittarit voidaan jakaa kahteen osaan: perusmittareihin ja nk. asiakaslupausmittareihin. Perusmittarit kuvaavat esimerkiksi asiakastyytyväisyyttä ja markkinaosuutta, kun asiakaslupaukseen keskittyvät mittarit tuottavat tietoa siitä, mitä yrityksen tulisi tarjota asiakkailleen, jotta asiakkaat olisivat tyytyväisiä ja sitoutuneita. Tämä tieto auttaa organisaatiota myös hankkimaan uusia asiakkaita ja saavuttamaan strategiassa asetetut tavoitteet markkinaosuudesta. Asiakasnäkökulman perusmittarit ovat hyvin samanlaisia eri organisaatioissa. Niillä kerätään tietoa asiakasrajapinnasta. Saadun tiedon avulla voidaan päätellä, kuinka tyytyväisiä asiakkaat ovat ja onko esimerkiksi yrityksen hinta-laatu –suhde kohdallaan. Tavallisimpia mittareita ovat reklamatioiden määrä, asiakastyytyväisyyskyselyt ja standardista poikkeavat tapahtumat. Määttän mukaan asiakkaisiin liittyvät mittarit ovat keskeisimpiä ja tärkeimpiä organisaation menestysstrategian näkökulmista, jos yrityksen lähtökohtana on palvella asiakkaitaan heidän tarpeidensa mukaisesti. (Malmi ym. 2002, 25 – 26; Määttä & Ojala 2000, 72 – 76.)

Talouden mittarit tuottavat tietoa yrityksen omistajille ja johdolle. Talouden mittareita on kritisoitu siitä, että ne keskittyvät liikaa menneeseen aikaan eivätkä ne

anna vastauksia siihen, miten toimintaa tulisi kehittää. Talouden mittarit ovat kuitenkin välttämättömiä johdon työvälineenä ja niiden avulla voidaan varmistaa, että organisaation toimintojen kehittäminen johtaa myös taloudellisen tuloksen parantumiseen. Perinteisiä talouden mittareita ovat esimerkiksi kassavirtalaskelmat, saavutettu tulos tai sijoitetun pääoman tuotto. Ne kuvaavat strategian onnistumista talouden näkökulmasta ja niiden avulla voidaan määritellä tavoitteet strategialle ja muille tavoitteita kuvaaville mittareille. (Kaplan & Norton 2002, 31 – 34; Malmi ym. 2002, 24 – 25; Olve ym. 1998, 58 – 59.)

Tehokkaiden prosessien avulla organisaatio voi saavuttaa sekä taloudelliset tavoitteensa että asiakasnäkökulmasta määritellyt tavoitteet. Tämän vuoksi näillä mittareilla on selkeä yhteys ja niiden tulisi kiinteästi tukea toisiaan. Prosessit täytyy hoitaa organisaatiossa niin, että sekä omistajien että asiakkaiden luomat tavoitteet saavutetaan. Kaplanin ym.(1996) mukaan prosesseista tulisi määrittää innovaatioprosessi, operatiivinen prosessi ja myynnin jälkeinen palveluprosessi, joka voi olla esimerkiksi palvelulle määritelty laatutakuu. Tyypillisimpiä prosesseja kuvaavia mittareita ovat esimerkiksi läpimenoajat, virheellisten tapahtumien määrä ja standardista poikkeavat tapahtumat. Kaikkia organisaation prosesseja ei kannata mitata, vaan keskittyä niihin prosesseihin, jotka on määriteltä strategias-  
 ssa. Prosessimittareita voidaan hyödyntää olemassa olevien toimintojen lisäksi myös uusiin toimintoihin. Asiakkaiden luomien odotusten vuoksi yrityksellä voi olla tarpeita myös uusiin prosesseihin, joista voi muodostua kriittisiä yrityksen menestymisen ja tavoitteiden saavuttamisen kannalta. (Kaplan ym. 1996, 62 – 63; Lönnqvist & Mettänen 2003, 37 – 39.)

Oppimisen ja kasvun näkökulmaa kuvaillaan usein myös organisaation henkilöstönäkökulmaksi. Tämän näkökulman mittarit antavat tietoa yrityksen osaamisesta ja siitä, kuinka osaamista tulee kehittää, jotta tulevaisuudessa saavutetaan strategiset tavoitteet ja tuloksia voidaan parantaa. Vaikka tätä mittaria on kuvailtu henkilöstönäkökulmaksi, on käsite kuitenkin laajempi. Henkilöstön lisäksi se sisältää koko organisaation toimintatavat ja järjestelmät. Mittareina tässä näkökulmassa on käytetty esimerkiksi sairauspoissaoloja, koulutukseen käytettyjä resursseja tai henkilöstön työtyytyväisyyttä. Toivasen mukaan organisaation johdon tulisi päättää niistä ydinosaamisen alueista, joita halutaan kehittää ja suunnata toiminnan keskiöksi. Tärkeää on miettiä myös se, miten osaamista

kehitetään niillä osaamisaloilla, joiden tehtävänä on tukea organisaation ydintoimintaa. (Malmi 2006, 32–33; Toivanen 2001, 57 – 59.)

### 3.9 Prosessin kehittyminen ja arviointi

Kun prosesseja kehitetään, halutaan tietoa, mitä kehitystyöllä saavutettiin. Tämä edellyttää, että prosesseille luodaan mittarit, joilla toimintaa voidaan mitata. Mittareiden avulla voidaan arvioida prosessin eri suoritustekijöitä, kuten joustavuutta ja laatua tai tehdä analyysin kohdentamista toiminnan kriittisille alueille. Hyvät mittarit ovat luotettavia ja yksiselitteisiä, jolloin tuloksista ei synny kiistaa. Lisäksi mittareiden käytön tulisi olla edullista, helppoa ja nopeaa. Mittareita kannattaa määritellä vain muutama, jotka mittaavat prosessin keskeisiä ja olennaisia asioita. Prosessia arvioitaessa on syytä pyytää arvio oman henkilöstön lisäksi asiakkailta, koska asiakkaan näkemys perustuu prosessin lopputulokseen. Tämä antaa kehittämisestä vastaaville henkilöille mahdollisuuden tarkastella laatua ja auttaa näkemään prosessin myös asiakasnäkökulmasta. Prosessin arviointi kannattaa tehdä aina, kun uusi prosessi on otettu käyttöön tai prosessia on uudistettu merkittävästi. (Lecklin 2002, 173; Kvist ym. 1995, 84; Hannus 2000, 288.)

### 3.10 Mittaaminen

#### 3.10.1 Tuottavuuden, vaikuttavuuden ja tehokkuuden mittaaminen

Tuottavuuden mittaaminen on julkisessa toiminnassa keskittynyt lähinnä tuotoksen tai suorituksen määrittelyyn. Tulosseurannan kannalta keskeisin tehtävä on määritellä ja mitata tuotosta. Kaikkea ei pystytä mittaamaan, joten on tärkeää määritellä organisaatiolle tärkeimmät lopputuotteet, joiden mittaamiseen keskitytään. Tuotos kannattaa jakaa mahdollisimman samankaltaisiksi suoritteiksi vertailukelpoisten tulosten saamiseksi. Jos suoritteiden ominaisuudet poikkeavat paljon toisistaan, määrän mittaamiseksi tulisi olla omat indikaattorinsa. Valtiovarainministeriö on laatinut julkiselle sektorille Kuntatuottavuuden käsikirjan, jossa on määritetty kestävä tuloksellinen ja tuottavan toiminnan mittaristo. Mittariston yhtenä tavoitteena on mitata julkisen sektorin organisaatioiden tuottavuutta ja myös vaikuttavuutta. Kuntien ja kuntayhtymien toimittamien tietojen pohjalta Tilastokeskus laatii arvion kokonaistuottavuudesta eri sektoreilta, kuten tervey-

denhuolto tai opetustoimi. Mittareiden käytettävyyden kannalta oli tärkeää määritellä erikseen valtakunnan tason mittarit, kuntatason mittarit ja joiltakin osin myös yksikkö/ työyhteisötason mittareita. Ongelmaksi on koettu se, että kaikilta osin tietoja ei ole saatavilla. (Heikkinen 2005, 23 – 24; Valtiovarainministeriö 2014.)

Vaikuttavuutta ja vaikuttavuuden arviointia on määritelty monin tavoin riippuen kirjoittajan näkökulmasta tai taustasta. Vaikutuksia on mahdollista arvioida joko prosessien (tuotosten) tai lopputuloksen (haitat ja hyödyt) tai joissakin tapauksissa molempien kautta. Arvioinnin referenssinä ovat intervention/hoidon tavoitteet tai yksilön/yhteisön tarpeet. Arvioinnin näkökulma on joko palvelun/intervention tuottajan tai potilaan/yksilön. Kustannus-vaikuttavuus analyysi taas käyttää hyväkseen vaikuttavuusarviointia ja mittaa edellä mainittujen lisäksi myös toimien tai toimenpiteiden kustannuksia (määrää ja/tai laatua). Vaikuttavuuden arviointiin liittyviä arvoja ovat sosiaalinen hyvinvointi, (terveyteen liittyvä) elämänlaatu ja oikeudenmukaisuus. Kysymykset palveluiden tasapuolisesta jakautumisesta ja teknisestä tehokkuudesta kuuluvat myös tähän keskusteluun. Vaikuttavuuden arvioinnissa voidaan käyttää useita informaatiolähteitä, erilaisia metodeja ja analyysejä sekä monia näkökulmia. Schwartz'n ja Bitzer'n (1997) mukaan on vähän lääketieteellisiä toimenpiteitä, jotka on perin pohjin arvioitu joko tehon tai vaikuttavuuden näkökulmista. Standardoidut terveyteen liittyvät elämänlaadun mittarit voivat tuottaa tietoa sekä kliniseen käyttöön että vaikuttavuuden arviointiin. Arvot on oltava selvillä tällaisia mittareita käytettäessä. (Konu ym. 2009, Kind 2001; Schwartz & Bitzer 1997.)

Terveydenhuollossa mittaamiseen liittyy monia haasteita. Esimerkiksi hoidon vaikutuksen mittaaminen on erittäin haasteellista, jonka vuoksi usein käytetään suoriteperusteisia muuttujia mittaamisessa. Jo perustason määrittäminen, jolla terveys olisi ilman terveydenhuoltoa, on äärimmäisen vaikeaa. Terveystilaa voidaan mitata, mutta se on enemmänkin ennen ja jälkeen saadun hoidon tehtävää mittausta kuin ilman hoitoa/hoidon kanssa -mittausta. Esimerkiksi koulutusta arvioidessa oppilaiden perustaso on helppo määritellä ja mitata sen kehittymistä kokeiden sekä testien avulla. Terveystahdon osalta tällä tavalla ei ole mahdollista selvittää hoidon tuottamaa terveydellistä lisäarvoa. Lisäksi hoidon vaikutus riippuu potilaan henkisistä ja fyysisistä ominaisuuksista sekä esimer-

kiksi lumevaikutuksesta, mikä vaikeuttaa mittaamista ja arviointia huomattavasti. (Jacobs, Smith & Street 2006; Lillrank ym. 2004.)

Tehokkuusanalyysija on olemassa monenlaisia, joista yleisimpiä ovat suhdelukuanalyysi ja kokonaistuottavuusanalyysi. Käsitteenä tehokkuus on sellainen, että sen mittaamiseen tulee olla yhtenäinen standardi, jonka avulla eri organisaatioiden välistä tehokkuutta voidaan verrata. Yksi tunnetuimmista tehokkuusanalyysista on DEA-menetelmä (Data Envelopment Analysis), jota on käytetty useissa terveydenhuollon tehokkuusarvioinneissa eri puolilla Pohjoismaita. DEA-menetelmä perustuu yksiköiden vertailuun tarkastelemalla niiden resurssien ja tuotosten välistä suhdetta, jossa tehokkuusanalyysi nähdään parhaiden toimijoiden ja näitä tehottomammin toimivien yksiköiden välisen suhteen arviointina. Tämä menetelmä on mahdollistanut uusien näkökulmien tuomisen organisaatioyksiköiden tehokkuuden arviointiin. DEA-menetelmä soveltuu käytettäväksi parhaiten silloin, kun tuotoksilla ja panoksilla ei ole yhteistä mittaa. Analyysin tulos suhteuttaa eri yksiköiden tuottavuutta aineiston tuottavimpaan yksikköön. Tulos ilmoitetaan lukuna, joka vaihtelee nolasta yhteen. Kaikki yksiköt, joiden tuottavuus on alle yhden, voisivat tuottaa saman tuotosmäärän pienemmillä panoksilla. Esimerkiksi luvun ollessa 0,6 sama tuotosmäärä voitaisiin tuottaa 40 prosenttia pienemmillä panoksilla. On syytä huomioida, että mikäli jokin yksiköistä on selvästi tehokkaampi kuin muut, suurin osa yksiköistä saa heikon arvioinnin, jonka arvo on lähellä nollaa. Jos taas kaikki yksiköt ovat tasaisesti ”tehottomia”, kaikkien yksiköiden arvo on lähellä yhtä. Valtiovarainministeriön julkaisun (1994) mukaan DEA-menetelmän käytettävyyttä vaihtelee sen mukaan, kuinka hyvin vertailussa olevien organisaatioiden muuttujat on saatu kuvaamaan niiden tosiasiallista toimintaa. (Ozcan 2008; Piispanen 1995, 5 – 6, Utriainen 1994, 21 – 22, Valtionvarainministeriö 1994, 27 – 28.)

### 3.10.2 Benchmarkingin käyttö

Benchmarkingia eli parhaiden toimintatapojen tunnistamiseen tähtäävää vertailua on käytetty terveydenhuollossa yhä enemmän viimeisten vuosikymmenien aikana. Vertailusta hyvänä esimerkkinä on vuosittain julkaistava sairaaloiden tuottavuusvertailu. Benchmarkingin avulla organisaatioita ohjataan miettimään mm. sitä, missä asioissa pitäisi tulla paremmaksi ja miten haluttu muutos saavutetaan. Benchmarking-lähestymistapa on kehitetty vuosina 1976 – 1986, kun



Xeroxilla alettiin tarkastella heidän kopiokoneidensa valmistusprosesseja suhteessa kilpaileviin yrityksiin. Tarkastelun tuloksena huomattiin, että vertailtaessa laitteiden ominaisuuksia ja tuotantokustannuksia, kilpailijat kykenevät myymään tuotteitaan hinnalla, joka vastasi Xeroxin tuotantokustannuksia. Camp (1989) ja Spendolini (1992) jaottelevat benchmarkingin neljään kategoriaan: sisäinen benchmarking, kilpailubenchmarking, funktionaalinen benchmarking ja geneerinen benchmarking. Jokaisella näistä on vahvuutensa ja heikkoutensa ja ne soveltuvat erilaisiin ympäristöihin ja tilanteisiin. Sisäinen benchmarking keskittyy organisaation sisällä tapahtuvaan, eri osastojen prosessien ja toimintojen keskinäiseen vertailuun. Sisäisessä vertailussa etuna on laajan informaation saaminen ja luottamuksellisuuden takaaminen. (Camp 1989, Spendolini 1992, Tuominen, 1993, 5 -7.)

Kilpailubenchmarkingissa verrataan nimensä mukaisesti yrityksen tai organisaation omaa toimintaa ja prosesseja kilpailevan organisaation vastaaviin. Kilpailijalta oppiminen voi olla helppoa yhteisten käytäntöjen vuoksi, mutta yksityiskohdista tietojen saanti saattaa olla vaikeaa. Funktionaalisessa benchmarkingissa verrataan prosesseja sellaisen organisaation kanssa, joka ei ole suoranaisesti kilpailija, mutta jonka toiminta sisältää samanlaisia prosesseja ja toimintoja. Vieras toimiala luo mahdollisuuksia löytää uusia innovatiivisia ratkaisuja, mutta toiminnan vertailukelpoisuus voi olla haasteellista. Geneerinen benchmarking keskittyy työprosessien vertailuun. Vertailtavat kohteet voivat edustaa aivan eri toimialoja, jos molemmista löytyy samoja työprosesseja, kuten tilausten käsittely tai ostolaskujen hyväksyminen. Camp (1989) on sitä mieltä, että geneerinen benchmarking on ”puhtain” benchmarkingin muoto ja sillä saavutetaan potentiaalisesti suurimmat hyödyt. Haasteena on prosessien tunnistaminen ja vertailuarvioinnin käynnistäminen. (Camp 1989, Spendolini 1992, Tuominen, 1993, 5 -7.)

Vaikka benchmarking-menetelmä on laajasti käytössä, sitä kohtaan on esitetty myös kritiikkiä. Osa kritiikin esittäjistä arvostelee menetelmän yksityiskohtia ja toiset teoreettista puolta. Yasin (2002) arvostelee sitä, että benchmarkintutkimuksista puuttuu monesti järjestelmänlaajuinen lähestymistapa ja toimenpiteet keskittyvät vain tiettyyn organisaation osaan, esimerkiksi logistiikkaan. Jos organisaatio haluaa saavuttaa vertailusta täyden edun, systemaattinen lähes-

tymistapa on välttämätön. Benchmarking-prosessi jää helposti puutteelliseksi, jos huomio kiinnittyy liikaa indikaattoreihin ja tulosten tulkinta sekä prosessien kehittäminen jää vajaaksi. Se, että organisaatio selvittää muiden organisaatioiden tehokkuuden, ei riitä parantamaan oman toiminnan tehokkuuslukuja. Tärkeää on ymmärtää sekä omaa että muiden toimintaa, jotta voidaan ymmärtää, miten muut ovat saavuttaneet halutun tuloksen. (Francis & Holloway 2007, 171 - 189; Yasin 2002, 217 – 225.)

OECD:n julkaisema *Measuring Health Care, 1960 – 1983 Expenditure, Costs and Performance* (1985) oli ensimmäinen kansainvälinen benchmarking-tutkimus terveydenhuollon alalla. Mielenkiinto kansainvälistä benchmarkingia kohtaan heräsi vasta kuitenkin v. 2000, kun WHO julkaisi oman tutkimuksensa *Healts Systems: Improving Performance*. Tämä tutkimus antoi tietoa kansainvälisestä terveysjärjestelmien vertailusta ja painotti mm. vertailun potentiaalista roolia. Tämän myötä benchmarkingin käyttö terveydenhuollossa lisääntyi merkittävästi. Kansallisella tasolla useat maat ovat kehitelleet omia suorituskyyä kuvaavia mittareitaan. Taustalla on ollut huoli hoitovirheiden määrän kasvusta sekä turvallisuuden ja laadun merkityksen kasvaminen. Käytettävien indikaattorien valinta ja laatu luovat menetelmällisiä haasteita benchmarkingin käyttöön. Suomessa toiminta benchmarkingin parissa käynnistyi STAKESin toimesta 1990-luvulla, kun tehtiin ensimmäinen tutkimusprojekti yhteistyössä STAKESin ja kuuden sairaanhoitopiirin kanssa. Tämä tutkimus oli Suomessa ensimmäinen kansallinen tehokkuusvertailu ja on nyttemmin laajentunut koskemaan kaikkia sairaanhoitopiirejä. Tavoitteena ensimmäisessä tutkimuksessa oli tuottaa sairaanhoitopiirien johdolle tietoa, jonka avulla erikoissairaanhoidon toimintaa voidaan kehittää. Keskeisenä osana vertaisarviointia oli sairaaloiden tehokkuuden analysointi mm. DEA-menetelmän avulla. (Hynninen 2012, 20 -21.)

### 3.11 Tulokset ja johtopäätökset

Kun mittaustuloksia arvioidaan ja niiden perusteella tehdään johtopäätöksiä, on hyvä tiedostaa, että julkisten palveluiden tehokkuuden tai tuottavuuden arvioiminen ei ole niin suoraviivaista kuin yksityisellä sektorilla. Yksityisen organisaation kohdalla voidaan käyttää tuloslaskelmaa tai muita talouden tunnuslukuja, jotka kertovat organisaation omistajille ja muille sidosryhmille toiminnan tilan ja

kannattavuuden. Rahallisiin mittareihinkin liittyy kuitenkin rajoitteita, sillä esimerkiksi liikevaihto ja nettotulos ovat historiallisia mittareita ja kertovat vain menneistä tapahtumista. Ne eivät kuvaa sitä, miten tulos on saavutettu. Julkisissa organisaatioissa tehtäviä hoidetaan julkisella rahoituksella. Käytettyjen resursien määrä on helposti rahallisesti mitattavissa, mutta toiminnan lopputulos on abstraktimpi käsite, koska organisaatiot eivät tavoittele maksimaalista voittoa. Esimerkiksi terveydenhuollossa parantunut kansanterveys on moniulotteinen toiminnan tulos, jota on haasteellista mitata ja jolle on jopa mahdotonta asettaa rahallinen arvo. Lillrank ym. (2004) suosittelevatkin, että julkisten palveluiden kohdalla toiminnan mittauksessa käytettäisiin operatiivisia mittareita, jotka kuvaavat organisaation toimintaa, resursseja ja suoritettuja tehtäviä. (Lillrank ym. 2004.)

Utriainen (1994) muistuttaa tuloksien analysoinnin ja johtopäätösten tekemisessä, että tehokkuustarkastelussa on huomioitava myös tarkasteltavan aikavälin pituutta, esim. tuottaako pitkällä aikavälillä toteutettu tehokas sairauksia ehkäisevä hoito tehokkuuden myös koko eliniän aikana? Terveystieteiden tutkimusten on huomattu jopa kasvavan kansantautien ehkäisemisen johdosta. Tämä perusteella ehkäisevä hoitotyö kannattaisi ohjata niihin sairauksiin, jotka parantavat ihmisen elämisen laatua. (Utriainen 1994, 6 - 9.)

Suomessa arviointia toteuttaa terveystieteiden osalta Terveystieteiden- ja hyvinvoinninlaitos (THL). Kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen vaativat tietoa kuntalaisista ja niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat hyvinvointiin ja terveyteen. Osa tuotettavista tiedoista on kuntakohtaisia ja osa ulottuu alue- tai kansalliseen tasoon. Tietojen yhdistäminen ja johtopäätösten tekeminen jää kuitenkin alueen asiantuntijoille ja indikaattoreiden loppukäyttäjille, jolloin paikallinen tulkinta ja paikallisen asiantuntemuksen käyttö on tärkeää. (Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos 2015.)

Kunnat tarvitsevat väestöryhmittäistä tietoa palvelutarpeen arviointia, toimien kohdentamista, resurssien ohjausta ja tavoitteiden toteutumisen seurantaan varten. Terveystieteiden verkkopalvelu tarjoaa väestöryhmittäistä tietoa, jota ei ole kuntakohtaisesti saatavilla. Vaikka valtakunnallisesti esitetyt indikaattorit eivät

ulottuisikaan kuntatasolle, voidaan niitä kuitenkin hyödyntää myös kunnissa. Laajemman tason tieto antaa kuitenkin selkeän kuvan ilmiöstä, joka on useimmiten samansuuntainen niin koko maassa kuin maakuntatasollakin. Sen lisäksi, että tietoja käytetään päivittäiseen päätöksentekoon, indikaattoreita voidaan käyttää strategisen suunnittelun pohjana. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2015.)

#### 4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS

Kehittämistehtävän toimintaympäristö on Lapin sairaanhoitopiirin Silmäsaairauksien poliklinikka, joka vastaa silmätautien erikoissairaanhoidosta Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Hoito, tutkimus ja kuntoutus tapahtuvat yhteistyössä Lapin keskussairaalan eri yksiköiden, alueen terveystieteiden, yksityisten silmälääkäreiden ja alan järjestöjen kanssa. Kyseessä on ajanvarauspoliklinikka, johon potilaat tulevat lääkärin läheteellä. Silmäleikkauksia tehdään pääsääntöisesti alueen väestölle ja tarvittaessa yhteistyötä tehdään yliopistosairaaloiden kanssa. Silmäklinikalla on henkilöstä 15, josta lääkäreiden vakansseja on 4 ja hoitohenkilökunnan vakansseja 11. Vuodelle 2016 poliklinikalla on määritelty toiminnan painopistetavoitteet ja saavutettujen tulosten arvioinnin taulukossa 2 esitellyllä tavalla.

*Taulukko 2. Silmäklinikan painopistealueet*

	Painopistealue	Toimenpiteet painopisteeseen pääsemiseksi	Toimenpiteiden arviointisuunnitelma
Asiakas- ja vaikuttavuusnäkökulma	<b>Palvelujen turvaaminen sairaanhoitopiirin alueella</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Erikoissairaanhoidon turvaaminen silmäsaairauksien hoidossa</li> <li>Hoitotakuun toteutuminen</li> <li>Hoidon laadun turvaaminen</li> </ul>	<i>Yhteistyö Coronaria Silmäklinikka Oy:n kanssa</i>  <i>Sopeutumisvalmennuskurssin järjestäminen kerran vuodessa</i>  <i>Jatkuva potilaspalautteiden kerääminen</i> <i>Koulutukset</i>	Seurantaryhmä 2 kk:n välein Seurataan suoritettua päiväkirurgiaa ja poliklinikalla Seurataan ostopalveluiden tarvetta ja toteumaa  Arviointi  Hoitotakuun seuranta  Palautteet käsitellään osastokokouksissa Muistutusten ja valitusten seuranta
Henkilöstönäkökulma	<b>Työhyvinvointiin ja johtamiseen panostaminen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Silmäpäiväkirurgia ja silmätautien poliklinikka yhdistyvät</li> <li>Työhyvinvoinnin ja työn mielekkyyden kasvattaminen</li> <li>Ammattitaitoinen henkilöstö</li> </ul>	Osastokokoukset  Kehityskeskustelut Tyhy toiminta Liikuntailtapäivä Koulutukset Työkierto, henkilöstön joustava käyttö	Seuranta  Seuranta  Seuranta

Talousnäkökulma	<b>Tuloksellisuuden parantaminen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Taloudellinen toiminta</li> <li>Palveluprosessien laatu ja potilasturvallisuus</li> </ul>	Henkilöstöressurssien tarkoituksenmukainen mitoittaminen Haipro-ohjelman käyttö Hukkahaavi koulutukseen osallistuminen	Hoitoisuusluokitukset Tilastojen seuranta Seuranta
Prosessien ja rakenteiden näkökulma	<b>Asiakas- ja potilaslähtöisten hoito- ja palveluprosessien sekä toimitilojen kehittäminen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Saumaton palveluketju yksityisten silmälääkäreiden kanssa</li> <li>Palveluprosessien selkiyttäminen</li> </ul>	Kehittämispäivät kahdesti vuodessa, yhteistyöpalaverit kerran kuukaudessa ja osastokokoukset viikottain	Arviointi alueellisissa silmälääkäreiden kokouksissa Lähetteiden seuranta Seuranta

#### 4.1 Työmenetelmät

Tutkimusmenetelmänä käytän tapaustutkimuksen tyypistä työmenetelmää, joka mielestäni sopii parhaiten tämän tyyppisen kehittämistehtävän ongelman tutkimiseen. Tapaustutkimus on empiirinen tutkimus, jonka avulla etsitään vastausta kysymyksiin ”mitä”, ”miksi” ja ”miten”. Tapaustutkimuksessa keskeistä on juuri tutkittava tapaus tai tapaukset, joiden määrittelylle tutkimuskysymykset, tutkimusasetelma ja aineistojen analyysit perustuvat. Tässä kehittämistehtävässä *prosessi ja siinä tapahtuvat muutokset* ovat tapaus, jota tutkitaan. (Eriksson & Koistinen 2005.)

Tapaustutkimuksia on erilaisia. Kirjallisuudessa ne jaetaan usein neljään eri kategoriaan sen mukaan, mitä tutkimuksella tavoitellaan tai mikä tutkimus on tieteenfilosofian perusteen mukaan. Kirjallisuudessa yleisesti esitetty jaottelu jakaa tapaustutkimuksen itsessään arvokkaaseen, välineelliseen ja kollektiiviseen tapaustutkimukseen, kuvailevaan, selittävään sekä eksploraatiiviseen ja uutta teoriaa kehittävään tapaustutkimukseen. Staken (1995) mukaan *itsessään arvokas tapaustutkimus* (intrinsic case study) on kyseessä silloin, kun tutkija on erityisen kiinnostunut tietyistä tapauksesta ja hän haluaa ymmärtää tätä tapausta kaikkine yksityiskohtineen. *Välineellinen tapaustutkimus* puolestaan (instrumental case study) tehdään silloin, kun tapaustutkimuksella on välineellinen merkitys, eli sen avulla yritetään ymmärtää jotain muuta kuin vain kyseistä tapausta. Tapaus itsessään ei ole kiinnostava, mutta sillä on kiinnostusta esimerkiksi teoreettisten kehittelyjen takia. *Kollektiivinen tutkimus* muodostuu monesta tapauksesta ja tärkeää siinä on eri tapausten välinen rinnasteisuus. *Kuvailevassa tapaustutkimuksessa* tavoitteena on, että tiheä kuvaus kertoo tapaukseen liittyvistä kulttuurisista merkityksistä ja tutkimuksen tuloksena syntyy kuvaileva tarina, joka on jo itsessään teoriaa luova. Tällainen tapaustutkimuksen tyyppi voi toimia tilanteissa, joissa halutaan tarjota tietoa olemassa olevien käytäntöjen luonteesta ja muodosta. (Perren & Ram 2004, 83 - 101; Stake 1995, 3 – 9; Yin 2002.)

*Selittävässä tapaustutkimuksessa* on tarkoitus selittää tapausta ja vastata kysymykseen, miksi tapaus on juuri sellainen kuin se on, tai miksi se on kehittynyt tietyllä tavalla. Selittävässä tapaustutkimuksessa tutkitaan tosielämän tapahtumien välisiä kausaalisia suhteita ja niihin liittyviä mekanismeja. Tavoitteena se-

littävässä tapaustutkimuksessa on siis kehittää tai tuottaa teorioita, jotka selittävät tehtyjä havaintoja. Eksploraatiivisella tapaustutkimuksen ajatellaan olevan jotain ”uutta löytävää”. Tämän mukaan tarkoituksena on tuottaa uusia teoreettisia ideoita ja hypoteeseja niistä tekijöistä, jotka tuottavat tiettyjä käytäntöjä, joita voidaan testata uusissa tutkimuksissa. Tapaustutkimus voi siten olla esitutkimus jollekin suuremmalle tutkimushankkeelle. (Perren & Ram 2004, 83 - 101; Stake 1995, 3 – 9; Yin 2002.)

Omassa kehittämistehtävässäni on piirteitä sekä selittävästä että eksploraatiivisesta tapaustutkimuksesta. Kehittämistyössä haetaan selitystä toiminnan muutoksesta aiheutuville prosessien tuloksille, mutta toisaalta kuvataan myös uusia käytäntöjä ja tapoja toimia, joita voidaan kokeilla laajemminkin esim. mentorimalla muita elektiivisiä poliklinikoita.

#### 4.2 Aineiston kerääminen

Kananen (2013) on kuvannut Case-tutkimus opinnäytetyönä-teoksessaan tapaustutkimuksen tiedonkeruun erilaisia tapoja. Tutkimustietoa voidaan hankkia kirjallisista dokumenteista, havainnoimalla eri tilanteissa, tallenteista, tekemällä kyselyjä tai teemahaastatteluja tai muista käytettävissä olevista tietolähteistä. Tärkeätä on, että tutkimustieto luo syvällisen kuvan tutkittavasta ilmiöstä. Omassa kehittämistehtävässäni keskeiset tiedonkeruun menetelmät ovat kyselyt ja haastattelut kehittämistehtävän kohteena olevassa yksikössä, tilastotiedot toiminnasta sekä toteutuneet taloustiedot taloushallinnon järjestelmistä. Alla olevassa kuviossa on havainnollistettu eri tiedon keruun menetelmiä. Kehittämistehtäväni tietoperusta on kerätty kirjallisuudesta, tehdyistä tutkimuksista, tilastoista sekä laista ja asetuksista. Käytännön työtä varten aineisto on kerätty tilasto- ja kustannustietojen osalta niin, että omana toimintana tuotettua palvelua tutkitaan v. 2014 yhden vuoden ajalta. Sopimus yksityisen palvelun tuottajan kanssa kesti n. 14 kk, joten tarkasteluajanjaksona käytetään aikaa väliltä 1.7.2015 – 30.6.2016, jolloin tiedot ovat vertailukelpoisia oman toimintana tuotettuun palveluun. (Kananen 2013.)





*Kuvio 7 Case-tutkimuksen tiedonkeruumenetelmät  
(Kananen 2013, 77.)*

#### 4.3 Tiedonhankinnan kuvaaminen ja vaiheet

Tapaustutkimuksessa työvaiheet voidaan kuvata hieman eri tavoin. Pääsääntöisesti vaiheet voidaan jakaa seuraavasti:

1. *Tutkimuskysymysten määrittely ja päättäminen*
2. *Tutkimusasetelman jäsentäminen*
3. *Aineiston keruu- ja tallennustapojen valmistelu*
4. *Aineiston kerääminen ja tallentaminen eri menetelmin*
5. *Datan järjestäminen ja analysoiminen*
6. *Raportin valmistelu. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2007, Eriksson & Koistinen 2005.)*

Tutkimuskysymykset kannattaa miettiä hyvin, sillä ne ohjaavat koko kehittämis-tehtävän tuottamista aineiston keruusta tutkimusraportin kirjoittamiseen. Tämän vuoksi on tärkeää, että tutkimuskysymykset on selkeästi määritelty. Selkeä määrittely ei kuitenkaan tarkoita sitä, että tutkimuskysymys olisi tiedossa kovin täsmällisesti heti, kun tutkimusta lähdetään työstämään tai että se pysyisi samaana koko prosessin ajan. On tyypillistä, että tutkimuskysymys muuttuu tai tarkentuu prosessin aikana. Staken (1995) mukaan kysymyksiä on kahdenlaisia. Toiset kysymykset ovat informaatiokysymyksiä ja toiset puolestaan asiakysymyksiä. Informaatiokysymykset ovat käytännönläheisiä faktakysymyksiä ja ne ovat hyödyllisiä tapauksen kuvailun kannalta. Niiden avulla selvitetään mm. ta-

paukseen liittyvää ajallista tapahtuma- tai toimintaketjua. Omassa kehittämis-tehtävässäni informaatiokysymykset voivat olla muotoa, ”ketkä kaikki osallistu-vat potilaan kaihileikkaus-prosessiin” tai ”kuinka usein yksikössä pidetään yk-sikköpalavereita, joissa toimintaa käydään läpi”. Asiakysymykset puolestaan johdattavat pohtimaan tapaukseen liittyviä erityispiirteitä ja ongelmia. Lisäksi asiakysymysten joukosta nousee usein tutkimuskysymys. Asiakysymykset ovat siis ongelmakeskeisiä, jotka omassa tutkimuksessani voivat olla mm. ”Miten vuorovaikutus eri toimijoiden välillä on muovautunut prosessimuutoksen aika-na?” tai ”Miten toiminnallinen muutos näkyi konkreettisesti päivittäisessä työ-s-kentelyssä?”. (Eriksson & Koistinen 2005.)

Tutkimusasetelmia voidaan luokitella monella eri tavalla ottaen huomioon mm. tavoitteet ja tutkittavan ajanjakson. Eräitä esimerkkejä jaottelusta ovat:

- Pitkittäiset tapaustutkimukset, jotka tarkastelevat ilmiön kehittymistä tai muuttumista pidemmän ajan kuluessa.
- Ennen-jälkeen-tutkimuksissa tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan kahtena eri ajankohtana, jota erottaa jokin kriittinen tapahtuma. Kriittisen tapah-tuman oletetaan vaikuttavan tapaukseen.
- Vertailevissa tutkimuksissa tarkastellaan useita tapauksia vertaillen niitä jollakin systemaattisella tavalla. Usein käytetään sekä laadullista että määrällistä aineistoa. Tässä kehittämistyössä tutkimusase-telma on ennen – jälkeen tutkimus, jossa tarkastellaan toiminnan tuloksia eri näkökulmista ennen ja jälkeen toiminnallisen muutoksen. Toisaalta tutkimuk-sessa tehdään myös vertailua kahden eri toimintatavan välillä. (Jensen & Rod-gers 2001, 237–239.)

Tutkittavan tapauksen valinta ja täsmentäminen on tärkeimpiä vaiheita tapaus-tutkimuksessa. Stake (1995) sanookin, että tärkein tapausten valintaan vaikut-tava asia pitäisi olla kysymys: Mitä voimme oppia tästä tapauksesta? Tutkittavat tapaukset voidaan tarkentaa joko ennen aineiston keruun aloittamista, sen ai-kana tai vasta sen jälkeen, kun ensimmäinen aineiston analyysikierron on tehty. Tyypillisiä tapaustutkimuksen aineistolähteitä ovat mm. erilaiset haastattelut, tilastot ja havainnointi. Laadullisen aineiston ohella voi siis käyttää määrällistä aineistoa, kuten tilastoja. Useiden aineistojen käytöllä tutkija voi monipuolistaa

kuvaustaan ja tietämystään tapauksesta ja saavuttaa näin mahdollisimman hyvän lopputuloksen. (Patton 1990; Stake 1995.).

Tutkimuksen olennaisena osana on aineistojen analysointi. Moninaisten aineistojen analysointi on ehkä yksi koko prosessin haastavimmista vaiheista. Mistä aloittaa analyysi ja miten? Tutkija joutuu miettimään jälleen, mikä onkaan hänen tekemänsä tutkimuksen tarkoitus ja tavoite. Oleellisinta on ymmärtää ja päättää, lähdetäänkö analyysiä tekemään enemmän aineistolähtöisesti vai olemassa olevan teorian ohjaamana. Shank (2002) on kuvannut aineiston analysoinnin tavoitteet kahtia: aineisto pitää yleensä järjestää jollakin tavoin (esim. luokittelemalla) yhtenäiseksi kokonaisuudeksi ja aineistoa ja analyysin tuloksia tulee aina tulkita. Tämä tarkoittaa sitä, että tehdyille havainnoille annetaan jokin merkitys ja selityksiä ja niiden välille rakennetaan yhteyksiä, joista johdetaan johtopäätöksiä (Shank 2002, 77.).

Raportin selitysosien rakentamisessa on tavoitteena tuottaa tapaukselle jonkinlainen selitys, joka täsmentää käsitteiden ja tapahtumien välisiä suhteita. Selitys voi olla jonkinlainen malli tai se voi koostua prosessin kuvauksesta, joka yhdistetään prosessin lopputuloksiin ja näitä tuottavien mekanismien analyysiin. Tapaustutkimusta on kritisoitu monesti siitä, että sen avulla ei pystytä johtamaan tilastollisia yleistyksiä. Tärkeämpää on ymmärtää tapaus itsessään. Raporttia laadittaessa on tärkeää miettiä, kenelle tutkimuksesta haluaa kertoa eli ketkä ovat potentiaalisia lukijoita. Tutkimusraportista on mahdollista rakentaa elävä ja helposti luettava tutkimusraportti. Raportin rakenne on joustava eikä ole tutkimuksen kannalta merkitystä, missä järjestyksessä tutkimuksen osat esitetään. Glesnen (1999) mukaan klassisessa ja intensiivisessä tapaustutkimuksessa on oleellista rakentaa raportissa 'hyvälle tarinalle' toimiva ja lukemaan innostava kertomisen tapa ja muoto eli rakenne, jonka avulla tutkimuskokonaisuus voidaan esittää elävästi ja kattavasti. Stake puolestaan antaa kolme päävaihtoehtoa tutkimusraportin rakenteelle: kronologinen kuvaus (todenmukainen kertomus), tutkijan näkemys tapauksen muodostumisesta ja sisällöstä (tunnustuksellinen kertomus) ja tapauksen eri ulottuvuuksien kuvaus yksi kerrallaan (impressionistinen kertomus). (Glesne 1999, Stake 1995, Yin 2002.)

## 5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 5.1 Asiakasnäkökulma

Asiakasnäkökulman selvittämiseksi ei tehty varsinaista asiakaskyselyä. Se ei olisi tässä tutkimuksessa ollut mielekästä, koska asiakkaan olisi voinut olla vaikea hahmottaa, milloin häntä on palvellut virassa oleva lääkäri ja millä vastaanotolla hoitoa antoi yksityisen organisaation palveluksessa oleva lääkäri. Asiakasnäkökulmaa tutkiessani mittareina olivat hoitoon pääsy, hoitotakuu (hoitojonot) sekä hoitohenkilökunnan haastatteluissa esiin tulleet asiakasnäkökulmat.

Yksityisen palvelun tuottajan toimiessa asiakas pääsi hoitoon keskimääräistä nopeammin kuin virkalääkäreiden toteuttaessa toimintaa. Laki asettaa velvoitteen hoitotakuun toteutumisesta, mikä edellyttää, että asiakkaan on päästävä ensimmäiselle polikliniselle käynnille (vastaanotolle) kolme kuukautta lähetteen saapumisesta ja siitä kuuden kuukauden kuluessa leikkaustoimenpiteeseen. Yksityisen palvelun tuottajan aikana hoitotakuussa pysyttiin hyvin eikä nk. jonon purku –leikkauksia tarvinnut tehdä. Hoitojonot saatiin lyhentymään leikkausten osalta neljän kuukauden mittaiseksi, kun oman toiminnan aikana kaikkia potilaita ei saatu leikatuksi kuuden kuukauden määräajassa ilman jono purkuleikkauksia. Toinen asiakkaan kannalta merkittävä muutos oli se, että yksityisen palvelun tuottajan lääkärit tekivät huomattavasti useammin samanaikaisesti molempiin silmiin kaihileikkauksen eikä asiakkaan tarvinnut palata sairaalaan toista kertaa samaan toimenpiteeseen. Virkalääkärit leikkasivat useimmiten vain yhden silmän ja asiakas palasi hoitojonoon odottamaan aikaa toisen silmän leikkaukseen. Poliklinikan vastaanottotoiminnassa kaikki potilaat saatiin hoidetuksi kolmen kuukauden määräajassa. Omana toimintana v. 2015 (tammikuu - maaliskuu) alussa hoitotakuu ylittyi 60 potilaan kohdalla, mutta v. 2014 aikana vain 11 potilaan kohdalla. Haittatapauksia potilaalle ja läheltä piti –tilanteita kirjattiin v. 2014 aikana 10 kappaletta, kun vastaava luku yksityisen palvelun tuottajan aikana oli seitsemän kappaletta. Potilasvalituksia ja kanteluita tehtiin v. 2014 aikana XX määrä ja yksityisen toiminnan aikana kaksi kappaletta. Tulokset asiakasnäkökulmasta on esitetty taulukossa 3.

Henkilökunnan haastatteluissa kävi ilmi, että vastaanotolle tultaessa asiakkaiden ei tarvinnut istua odottelemassa odotusaulassa, vaan yksityisen palvelun tuottajan lääkärit kutsuivat potilaat nopeasti sisään. Hoitohenkilökunta korosti myös sitä, että yksityisen palveluntuottajan lääkäreiden osoittama kohtelu asiakkaille oli merkillä pantavan hyvää ja ystävällistä.

*Taulukko 3. Tuloksia asiakasnäkökulmasta*

Silmäpkl:n toiminta	Omana toimintana	Yksityinen palveluntuottaja	Ero
HaiPro-ilmoitukset, kpl	10	7	3
Potilasvalitukset ja kantelut		2	-2
Hoitotakuun ylitykset, potilasta	11	0	11

## 5.2 Henkilöstönäkökulma

Henkilöstönäkökulmasta olemassa olevia indikaattoreita oli vain sairauspoissaolojen määrä. Kun klinikan toimintaa toteutettiin omana toimintana, henkilökunnan sairauspoissaolopäiviä kertyi vuoden aikana 97 päivää, jotka sisälsivät yhden 30 pv:n poissaolon ja yhden 15 pv:n poissaolon. Muut sairauspoissaolot olivat lyhytkestoisia. Yksityisen palveluntuottajan toimiessa Silmäklinikalla oli sairauspoissaoloja huomattavasti vähemmän, yhteensä vain 18 päivää.

Hoitohenkilöstön haastatteluissa nousi esille useita asioita, joista ehkä vahvimpana asennoituminen työhön ja työympäristön ilmapiiri. Henkilökunta koki, että yksityisen palveluntuottajan lääkärit olivat huomattavasti motivoituneempia työskentelyyn, ystävällisiä ja kannustavia. Hoitohenkilöstö kertoi pelänneensä etukäteen, miten yksityisten lääkäreiden kanssa selvitään tässä ympäristössä. Kun toiminta käynnistyi, se tuotti positiivisia yllätyksiä ja asioita työn tekemiseen. Pelko oli ollut aivan turhaa. Sekä poliklinikalla että leikkausyksikössä työilmapiiri parani huomattavasti ja töihin oli mukava tulla. Hyvä asenne tarttui myös hoitohenkilöstöön ja motivoi työntekoon. Aika yksityisen palvelun tuottajan kanssa koettiin innostavana, kehittäväenä ja omaa ammattitaitoa nostavana. Tuona aikana esimerkiksi toteutettiin sellaisia leikkaustoimenpiteitä, joita aikaisemmin ei tässä sairaalassa oltu tehty. Muutoinkin yksityisen palvelun tuottajan lääkäreiden ammattitaitoa arvostettiin korkealle ja kiiteltiin. Hoitohenkilökunta

koki, että oli mukava laittaa potilaita hoitoon, kun lääkärit olivat niin ammattitaitoisia ja kokeneita. Klinikkan yhteishenki vahvistui yksityisen palvelun tuottajan aikana ja hoitajat kertoivat, että ensimmäistä kertaa hoitajat olivat hyvin perillä mitkä hoitoprosessit ja –käytännöt olivat klinikalla käytössä. Lääkäreiden ja hoitajien välinen vuorovaikutus oli tiiviimpää verrattuna aikaan, jolloin palvelua toteutettiin täysin omana toimintana.

Heikkoutena klinikan väki piti sitä, ettei joka päivä ollut lääkäriä paikalla. Sama ongelma on vallinnut sekä virkalääkäreiden että yksityisten lääkäreiden kanssa. Yksityisen palveluntuottajan aikana ”lääkäri-päivät” olivat todella kiireisiä, koska potilaita oli paljon; jopa tuplasti enemmän kuin virkalääkäreiden aikana. Kommentteina hoitohenkilöstöltä tuli mm. seuraavaa: ” Päivät menivät nopeasti, mutta teimme urakkatyötä ilman urakkapalkkaa” sekä ”Tätä työtahtia ei olisi jaksanut enää kauan”. Toisaalta mukavana vaihteluna pidettiin sitä, että kun joi-nakin päivinä tehtiin pidempää päivää, pystyi esimerkiksi loppuviikosta ottamaan vapaapäiviä. Yksityisen palvelun tuottajan aikana lääkäreiden vaihtuvuus oli suurta, mikä aiheutti lisätyötä esim. järjestelmien ja organisaation asioiden perehdyttämiseen. Hoitohenkilökunta oli sitä mieltä, että raha toimii hyvänä kannustimena työn tekemisessä ja myös heille olisi kuulunut jokin ylimääräinen korvaus toiminnan tehostuessa. Ikävänä asiana pidettiin sitä, kun tieto yksityisen palvelun tuottajan sopimuksen päättymisestä tuli, alkoi palvelun tuottaja perua ennalta suunniteltuja lääkäripäiviä ja toiminta hiipui keväällä merkittävästi. Lääkärittömiä päiviä oli paljon.

Kritiikkiä henkilöstö antoi siitä, että päätöksenteko muutostilanteissa, ennen ja jälkeen, kesti liian kauan. Työskentely oli raskasta, kun kukaan ei tiennyt, miten toiminta jatkuu. Sama ilmiö toistui ennen yksityisen palvelun tuottajan aloittamista ja siinä vaiheessa, kun tehtiin päätös, ettei tätä sopimusta jatketa. Kaikinensa hoitohenkilökunta kuitenkin koki niin, että juuri kun toiminta ja prosessit saatiin hiottua toimiviksi ja tehokkaiksi, sopimus yksityisen palvelun tuottajan kanssa päättyi ja se oli aivan liian lyhyt.

### 5.3 Talousnäkökulma

Talouden näkökulmasta omana toimintana tuotettu palvelu oli kustannuksiltaan edullisempaa organisaatiolle. Taulukossa 4. on koottu yhteen taloudellisia vaikutuksia poliklinikan osalta. Poliklinikan toiminnassa kokonaiskustannukset olivat 32,6 % suuremmat yksityisen toimijan aikana. Suurin osa kustannuserosta johtuu lääkäripalvelun kustannuksesta sekä lääkekuluista, joka johtuu kasva-neista käyntimääristä. Hoitotyön kustannuksessa ei tapahtunut merkittävää muutosta. Yhtä tuotettua suoritetta eli avokäyntiä kohden yksityisen palvelun tuottajan kustannus oli vain 4,7 % kalliimpaa, joka tarkoittaa n. 9 € / avokäynti. Toiminnan pyöriessä omana toimintana, palveluja muista laitoksista jouduttiin ostamaan huomattavasti vähemmän. Yksityisen palvelun tuottajan aikana ostettiin 149 avokäyntiä enemmän muista laitoksista ja kustannusvaikutus oli 67,2 % suurempi kuin ostopalveluiden osalta kuin oman toiminnan aikana.

*Taulukko 4. Taloudelliset vaikutukset, poliklinikka*

Silmäpkl:n toiminta	Omana toimintana	Yksityinen palveluntuottaja	Ero	Ero %
Kokonaiskustannukset	-1 498 543,25	-1 987 256,08	-488 712,82	32,6
Lääkärityön kustannus	-245 006,15	-564 724,50	-319 718,35	130,5
Hoitotyön kustannus	-440 586,89	-459 697,91	-19 111,02	4,3
Lääkekulut	-132 612,42	-460 482,64	-327 870,22	247,2
€ / avokäynti	-182,99	-191,56	-8,57	4,7
€ / avokäynti, lääkäri	-45,76	-74,78	-29,02	63,4
€ / avokäynti, hoitaja	-155,41	-162,90	-7,49	4,8
Ostopalvelut muista laitoksista, kpl	595	744	149	25,0
Ostopalvelut muista laitoksista, €	100 681,40	168 368,16	67 686,76	67,2

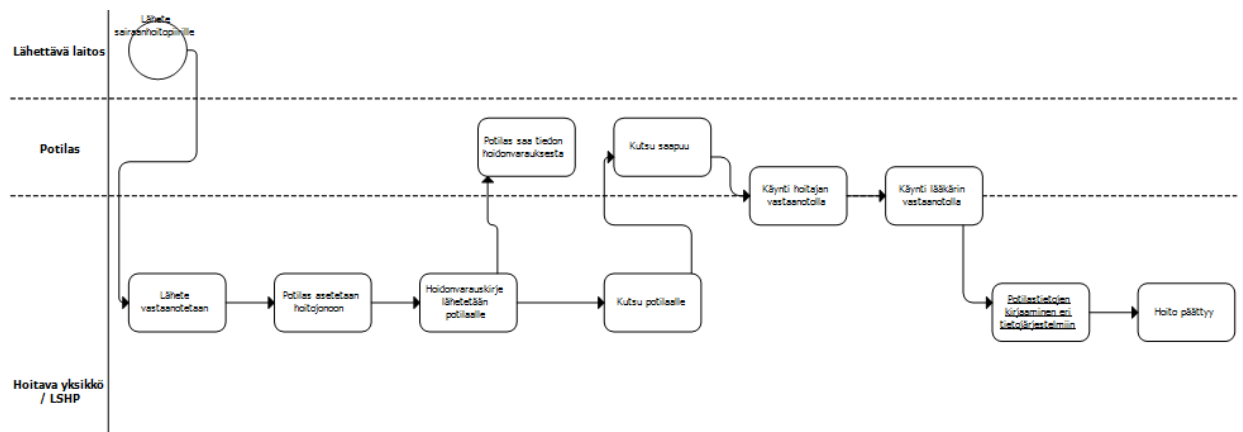
Silmäpäiväkirurgian osalta kokonaiskustannukset olivat 56,8 % eli 652 561 euroa kalliimmat yksityisen palvelun tuottajan toiminnassa. Suurin osa kustannusten kasvusta johtuu lääkäripalvelusta. Hoitotyön kustannuksessa ei ollut merkittävää eroa. Yhtä leikkaustoimenpidettä kohden keskimääräiset kustannukset olivat 14,9 % eli 148,03 € enemmän yksityislääkäreillä. Jos tarkastellaan pelkästään lääkärityön kustannusta yhtä toimenpidettä kohden, ero oli 144,8 % eli 264,76 € kalliimpaa yksityisen palvelun tuottajan toteuttamana. Hoitajatyön keskimääräinen kustannus yhtä toimenpidettä kohden puolestaan laski 24,4 % eli 38,01 € / toimenpide yksityisen palvelun tuottajan aikana.

Taulukko 5. Taloudelliset vaikutukset, silmäpäiväkirurgia

Silmäpäiväkirurgia	Omana toimintana	Yksityinen palveluntuottaja	Ero	Ero %
Kokonaiskustannukset	-1 149 461,41	-1 802 022,25	-652 560,84	56,8
Lääkärityön kustannus	-159 954,19	-707 603,82	-547 649,63	342,4
Lääkärityön kustannus, jonon purku	-79 823,80			
Hoitotyön kustannus	-180 289,12	-185 834,22	-5 545,10	3,1
Leikatut potilaat	1 007	1 161	154	15,3
Leikatut potilaat, jonon purku	170			
Leikkaustmp:t	875	1 581	706	80,7
Leikkaustmp:t jono purkuna	284			
Leikkaustmp / €	-991,77	-1 139,80	-148,03	14,9
Lääkärityön kust. € / leikkaustmp	-182,80	-447,57	-264,76	144,8
Lääkärityön kust. € / leikkustmp (jonon purku)	-281,07			
Hoitajatyön kust. € / leikkaustmp	-155,56	-117,54	38,01	-24,4

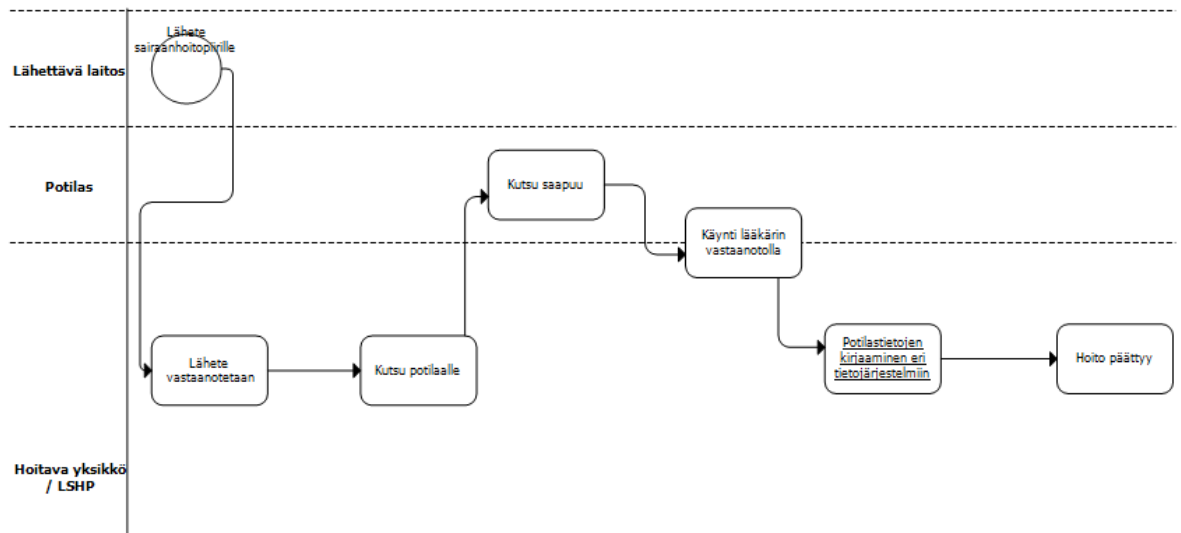
#### 5.4 Prosessien ja rakenteiden näkökulma

Prosessien näkökulmasta toimintaa muutettiin ja tehostettiin, kun yksityinen palveluntuottaja aloitti toiminnan. Prosessit ”liinattiin” eli ylimääräinen hukka karsittiin pois Lean-menetelmää mukaellen. Tämä johti siihen, että yhden päivän aikana potilasvastaanottoja ja leikkaustoimenpiteitä pystyttiin tuottamaan reilusti aiempaa enemmän. Kuvioissa 8 ja 9 on kuvattu vertailevat prosessikuvaukset poliklinisesta toiminnasta silloin, kun toiminta tuotettiin täysin omana toimintana ja ajalta, jolloin lääkärityö ostettiin ulkoiselta palvelun tuottajalta. Poliklinikan toiminnasta esimerkki-prosessi on laadittu lasiaisinjektio-potilaan asiakasprosessista.





Kuvio 8 Lasiaisinjektio-potilaan prosessi, oma toiminta

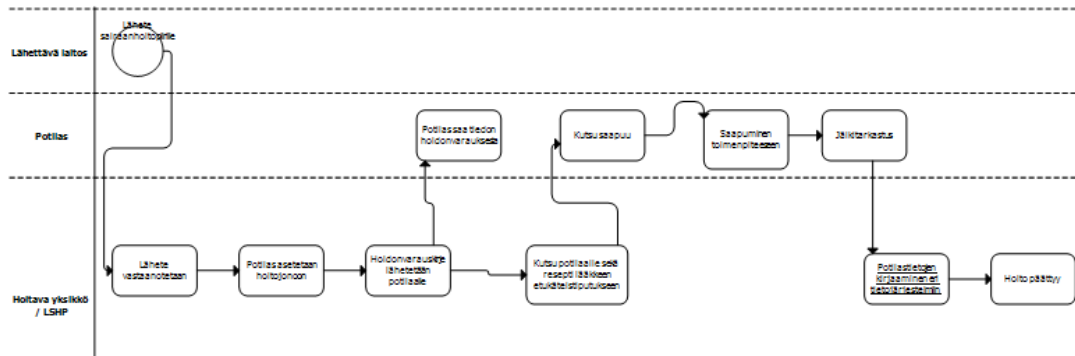


Kuvio 9 Lasiaisinjektio-potilaan prosessi, yksityinen palveluntuottaja

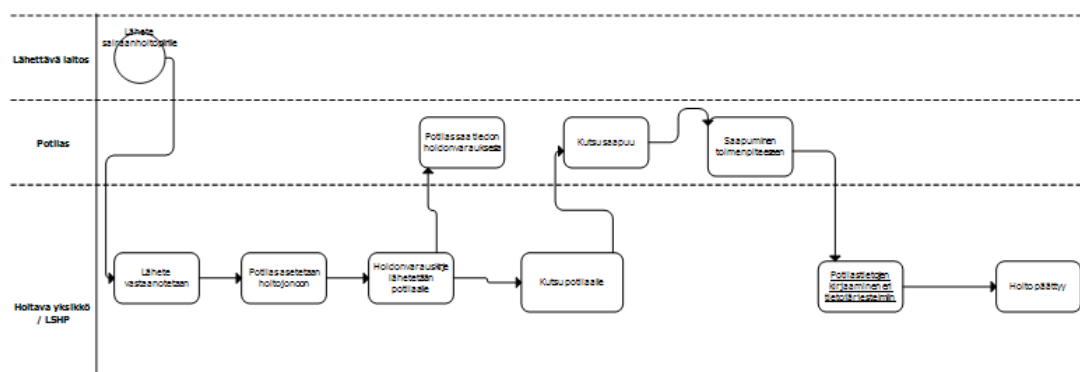
Lasiaisinjektio-potilaan esimerkki-prosessissa potilaiden hoitoon pääsyä nopeutettiin ja yksinkertaistettiin. Kun lähete saapui sairaalaan, potilasta ei asetettu hoitojonoon odottamaan, vaan hänelle lähetettiin ajanvaraus- ja kutsukirje heti. Lasiaisinjektio-potilas käy saamassa pistohoitoa sarjahoitona, useimmiten 3 -5 kerran hoitosarjana. Aiemmin joka käynnin yhteydessä potilas kävi ensin hoitajan vastaanotolla, jonka jälkeen hän meni vielä lääkärin vastaanotolle. Prosessin tehostamisen jälkeen hoitajavastaanotot jäivät pois ja potilas ohjattiin suoraan lääkärin vastaanotolle.

Päiväkirurgian osalta esimerkki-prosessi on laadittu kaihi-leikkaus-potilaan hoitoprosessista (kuviot 10 ja 11), joita on määrällisesti eniten. Myös kirurgian osalta prosesseja tehostettiin ja potilasmäärät olivat selvästi suuremmat leikkauksipäivää kohden verrattuna omana toimintana tuotettuun palveluun. Kaihi-leikkauksissa keskimääräinen läpimenoaika omana toimintana on ollut n. yksi tunti. Yksityisen palvelun tuottajan toteuttamana läpimenoajat olivat n. 24 min / potilas. Toinen merkittävä muutos toiminnassa oli se, että yksityisen palvelun tuottajan aikana potilaille tehtiin useammin kahden silmän kaihi-leikkaus, jolloin potilaan ei tarvinnut palata toiseen toimenpiteeseen sairaalaan eri päivänä. Alla olevassa kaihi-potilaan esimerkkiprosessissa on kuvattu prosessien välistä eroa

omana toimintana ja yksityisen palvelun tuottajan toteuttamana. Yksityisen palveluntuottajan prosessissa potilaalta jätettiin etukäteistiputukset pois eikä erillistä jälkitarkastusta tehty enää toimenpidepäivänä.



Kuvio 10 Kaihipotilaan hoitoprosessi, oma toiminta



Kuvio 11 Kaihipotilaan hoitoprosessi, yksityinen palvelun tuottaja

Näiden esimerkkiprosessien lisäksi päivittäiseen toimintaan tehtiin muitakin muutoksia, joilla hoitoprosesseja saatiin tehokkaammiksi. Kaikki prosessit ja käytännöt käytiin läpi ja menetelmiä yksinkertaistettiin. Poliklinikalla keskityttiin kerrallaan yhteen potilasryhmään, esimerkiksi laser-potilaille tai lapsipotilaille varattiin yhdeltä päivältä kaikki ajat. Tällöin eri ammattiryhmät saivat keskittyä koko päivän samankaltaisiin asioihin ja toiminta oli tehokasta. Lähetekäsittelyn osalta yksityinen palveluntuottaja muutti käytäntöä niin, että erikoislääkärin lähetteellä tulevien potilaiden lähetteitä ei enää erikseen kierrätetty lääkärin arvioitavana, vaan osastosihteeri pystyi hyväksymään lähetteen suoraan. Myös-

kään lääkäreille tulevia konsultaatiopuheluita ei kierrätetty enää osastosihteerin ja soittopyyntö-menettelyn kautta, vaan konsultaatiot menivät suoraan lääkärille.

Palveluiden kysyntä säilyi samalla tasolla molempien toimijoiden aikana. Taulukosta 6 käy ilmi uusien läheteiden saapuminen lähettäjittäin. Lähetemäärät sisältävät sekä poliklinisen että leikkaustoiminnan läheteet.

*Taulukko 6 Saapuneet läheteet lähettäjittäin*

Lähetteet			
Lähetäjä	Oma toiminta	Yksityinen palvelun tuottaja	Ero
Muu lähettäjä	20	31	11
Muu sairaala	104	102	-2
Muut	2	4	2
Saman sairaalan klinikka/sairaalayksikkö	54	48	-6
Terveyskeskus	1 059	916	-143
Työterveyshuolto	74	61	-13
Yksityinen terveydenhuolto	2 935	2 964	29
Yhteensä	4 248	4 126	-122

Yksityinen palvelun tuottajan aikana poliklinisiä avokäyntejä tuotettiin 26,7 % eli 2 185 käyntiä enemmän. Tuotettujen palveluiden määrä näkyy taulukosta 7.

*Taulukko 7 Tuotetut suoritteet, poliklinikka*

Silmäpkl:n toiminta	Omana toimintana	Yksityinen palveluntuottaja	Ero	Ero %
Avokäynnit, yhteensä	8 189	10 374	2 185	26,7
Avokäynnit, lääkärin vastaanotto	5 354	7 552	2 198	41,1
Avokäynnit, hoitajan vastaanotto	2 835	2 822	-13	-0,5
Ostopalvelut muista laitoksista, kpl	595	744	149	25,0
Ostopalvelut muista laitoksista, €	100 681,40	168 368,16	67 686,76	67,2

Silmäpäiväkirurgisessa toiminnassa yksityinen palvelun tuottaja hoiti 154 potilasta enemmän ja tuotti 706 toimenpidettä enemmän ilman erillisiä jonon purku leikkauksia. Silmäpäiväkirurgian suoritiedoista on yhteenvetoa taulukossa 8.

*Taulukko 8 Hoidetut potilaat ja tuotetut toimenpiteet*

	Omana toimintana	Yksityinen palveluntuottaja	Ero	Ero %
<b>Silmäpäiväkirurgia</b>				
Leikatut potilaat	1 007	1 161	154	15,3
Leikatut potilaat, jonon purku	170			
Leikkaustmp:t	875	1 581	706	80,7
Leikkaustmp:t jono purkuna	284			

Yksityisen palveluntuottajan lupaus jonojen purkamisesta ei toteutunut. Leikkaustoimenpiteeseen aikaa odotettiin kuusi kuukautta ennen yksityisen palveluntuottajan toimintaa ja vähän ennen toiminnan päättymistä hoitojono saatiin neljän kuukauden mittaiseksi. Hoitojonot alkoivat pidentyä, kun päätös sopimuksen päättymisestä tehtiin. Missään vaiheessa jonoja ei saatu kokonaan pois.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tällä kehittämistehtävällä tavoiteltiin vastauksia prosessi- ja toiminnallisten muutosten vaikutuksiin eri painopisteiden näkökulmasta. Kehittämistyöllä on haluttu myös selvittää, ovatko muutokset prosesseissa ja toiminnassa olleet yksityisen palvelun tuottamana sellaisia, että niitä voi ja kannattaa hyödyntää myös laajemmin. Kehittämistyötä varten tehdyt haastattelut osoittivat, että kokonaisuuden näkökulmasta toiminnan vaihtoehtoinen toteuttaminen oli piristävää vaihtelua ja siitä saatiin paljon hyviä kokemuksia ja jopa ammattitaidon kehittymistä. Asiakasnäkökulmasta suurin hyöty tuli jonojen lyhentymisestä ja siitä, ettei asiakkaiden tarvinnut istua turhaan odotushuoneessa odottelemassa. Myös prosessien tehostaminen helpotti asiakkaan saapumista esimerkiksi leikkaustoimenpiteeseen, kun etukäteislääkkeet jätettiin pois ja samalla toimenpidekerralla kaihi poistettiin molemmista silmistä.

Kehittämistehtävä osoitti sen, ettei henkilökunta aina koe muutosvastarintaa toiminnan muuttuessa. Henkilökunnan suhtautuminen muutokseen oli todella positiivinen ja innostunut. Haastatteluista kävi hyvin selville, että asenteella ja muutosjohtajan onnistumisella on ratkaiseva rooli muutosten onnistumisessa. Henkilökunta piti hyvänä asiana toiminnan järkevöittämistä ja tehostamista, mutta koki epäreiluutta siitä, että lääkärit saivat palkkion tehokkaasta toiminnasta, mutta hoitohenkilökunta ei. Jatkokehittämisessä on hyvä huomioida, että kun toimintoja lähdetään kehittämään ja tehostamaan, rinnalle luodaan tasapuolinen palkitsemisjärjestelmä. Toiminnan selkeyttäminen kuitenkin itsessään kasvatti henkilökunnan työtyytyväisyyttä. Tämän kaltaisia toiminnan ja prosessien kehittämisiä on mahdollista tehdä myös muualla organisaation sisällä ja osana omaa toimintaa, virkalääkärin johtamana. Aiemmin tässä työssä kävi jo ilmi, että tätä on tehty julkisella sektorilla muuallakin, kuten Espoon Matinkylän terveysaseman case osoittaa. Muutostyössä on mahdollista onnistua ilman ulkopuolista toimijaa. Toiminnan kehittyminen vaatii oikean asenneilmapiirin lisäksi pelkäänsä prosessien ja työkäytäntöjen tarkastelun ja tarpeellisilta osin niiden tehostamisen.

Talouden osalta toiminta osoittautui kustannuksiltaan kalliimmaksi organisaation osalta. Kustannuksissa ei kuitenkaan huomioitu sitä, mitä esimerkiksi asiakkaat

säästivät, kun leikkaustoimenpiteessä täytyi käydä vain kerran ja lääkkeitä etukäteistiputuksiin ei tarvinnut hankkia. Suurin kustannusero johtui lääkärityöpanoksen kustannuksesta. Yksityisen palvelun tuottajan aikana olisi pitänyt tuottaa vuodessa 10 860 kpl poliklinisiä käyntejä eli 486 käyntiä enemmän ja 1 817 kpl leikkaustoimenpidettä eli 236 toimenpidettä enemmän, jotta keskimääräinen € / suorite olisi ollut sama kuin omana toimintana tuotettu palvelu. Toisaalta yksityisen palvelun tuottajan kanssa tehty sopimus oli niin lyhyt, ettei todellista vuosituotosta päästy arvioimaan. Hoitotyön kustannus / suorite aleni huomattavasti toiminnan muutoksen seurauksena. Tämä osoittaa sen, että toimintojen tarkastelua myös muilla erikoisaloilla kannattaa tehdä. Hoitotyön kustannus on suurin palkkakustannus organisaation sisällä ja toiminnan tehostamisella saatavat säästöt voivat siten olla merkittävät.

Prosessien ja toiminnan tarkastelua kannattaa tehdä laajemmassa mittakaavassa organisaation sisällä. Tulokset osoittavat, että sillä on selkeää hyötyä ja tehokkuutta saavutettavissa kaikista näkökulmista tarkasteltuna. Tästä toiminnasta saatua kokemusta voidaan hyödyntää myös muissa vastaavissa organisaatioissa. Saavutetut tulokset yksityisen palvelun tuottajan toimesta johtuivat nimenomaan prosessien ja työkäytäntöjen hiomisesta. Samaa toimintamallia voidaan hyödyntää myös julkisen organisaation sisällä omana toimintana ilman ulkopuolista palvelun tuottajaa. Prosessit ja uudet käytännöt on helpointa juurruttaa työyksikköön, kun ne on mietitty valmiiksi. Hoitohenkilökunnalle merkityksellistä oli se, että toiminta oli selkeää ja kaikki tiesivät, mitkä yksikön hoito- ja työkäytännöt ovat. Yhteenvetona voi todeta, että organisaation prosesseissa ja työtavoissa on sekä kehittämisen että tehostamisen varaa.

## 7 LOPUKSI

Sote-muutos on erittäin radikaali muutos sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintakenttään. Se viimeistään pakottaa julkiset organisaatiot pohtimaan omia toimintojaan ja työkäytäntöjään. Määrärahat luultavasti niukkenevat eikä lisää henkilöstöresurssia ole luvassa. Ainoa keino selviytyä, on kehittää omaa toimintaa järkevämmäksi ja kustannustehokkaammaksi. Mielestäni suurin haaste piilee siinä, miten organisaatio, jossa on toimittu tietyllä tavalla pitkiä aikoja, onnistuu muuttamaan toimintaansa ja prosessejaan. Tämä kehittämistehtävä osoittaa, että tehostamisella saadaan tuloksia aikaiseksi hyvinkin lyhyellä aikavälillä. Aluksi on järkevää valita erikoisaloilta ne potilasryhmät, joissa potilaita on paljon (volyymiryhmät) ja hoitoprosessi on jokaisen kohdalla hyvin samankaltainen. Näissä hoitoketjuissa tuloksia saadaan nopeimmin näkyville. Vaikeinta varmasti on olemassa olevien esimiesten oman asenteen ja ajattelutavan muuttaminen siten, että opitaan vanhasta pois ja nähdään asioita uudella tavalla. Samaan aikaan pitäisi myös olla innostunut ja saada innostus tarttumaan omaan henkilökuntaan ja saada työntekijät sitoutumaan muutoksen tekemiseen. En koe merkityksellisenä sitä, kuka muutosta johtaa tai tehdäänkö toteutus organisaation ulkopuolisena ostopalveluna, vaan tärkeintä on se, että muutosta johtavalla henkilöllä on oikea asenne ja kokemusta substanssista sekä muutoksen johtamisesta. Erittäin tärkeää on myös luoda konkreettisia mittareita, joilla toimintaa voidaan mitata. Toiminnan suunnittelussa tulisi myös rohkeasti uskaltaa asettaa tavoitteeksi palvelutuotannon määrän lisäksi esimerkiksi kustannustehokkuuden kasvattamiseen ja kustannussäästöihin tähtääviä tavoitteita. Henkilökunnan näkökulmasta pohdin sitä, onko raha ainoa kannustin tehokkuuden lisäämiseen. Palkitsemiskeinoja voi olla muitakin, mutta palkitsemisen täytyy olla tasapuolista ja palkkioiden määräytymisperusteet mitattavissa. Toiminnan selkeyttäminen itsessään lisää työhyvinvointia ja työtyytyväisyyttä.

## LÄHTEET

- Brax, S.A. 2007. Palvelut ja tuottavuus. Teknologiajulkaisu 204/2007. Tekes . Viitattu 13.6.2016  
[https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/palvelut\\_ja\\_tuottavuus.pdf](https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/palvelut_ja_tuottavuus.pdf).
- Camp, R. C. 1989. Benchmarking: The Search for Industry Best Practices that Lead to Superior Performance, ASQC Quality Press/Quality Resources. USA.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Torrance, G. W., O'Brien, B. J. ja Stoddart, G. L. 2005. Methods for the economic evaluation of health care programmes, 3. painos, Oxford University Press.
- Eriksson, P. & Koistinen, K. 2005. Monenlainen tapaustutkimus. Kuluttajatutkimuskeskuksen julkaisuja 4/2005. Kuluttajatutkimuskeskus. Helsinki.
- Francis, G. & Holloway, J. 2007. What have we learned? Themes from the literature on best-practice benchmarking. International of Management Reviews 9 (3).
- Glesne, C. 1999. Becoming Qualitative Researchers. An Introduction. 2.ed. Longman. New York.
- Goold, M. & Quinn, J. 1990. Strategic Control. Milestones for Long-term Performance. The Economist Books 1990.
- Grönroos, C. & Ojasalo, K. 2004. Service Productivity. Towards a Conceptualization of the Transformation of Inputs into Economic Results in Services. Journal of Business Research 57, 414 – 423.
- Hannula, M. 2000. Käytännönläheinen tuottavuuden mittaus. Tuottavuudella tulevaisuuteen –ohjelman julkaisu.
- Hannus, J. 2000. Prosessijohtaminen – Ydinprosessien uudistaminen ja yrityksen suorituskyky. Jyväskylä. Logica.
- Heikkinen, J. 2005. Tuottavuus kiinnostaa päätöksentekijöitä. Valtio työnantaja-lehti maaliskuu 2005. Valtion työmarkkinalaitos.
- Hjerppe, R. & Luoma, K. 2003. Tuottavuuden mittaaminen teoksessa Hjerppe R., Kangasharju A. & Vuorentola R. Kunnalliset palvelut. Terveysten- ja vanhustenhuollon tuottavuus. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Helsinki.
- Horngren, C. & Foster, G. 1987. Cost Accounting – A Managerial Emphasis. 6. ed. New Jersey, Prentice Hall., 980 – 981.
- Hynninen, Y. 2012. Palveluntuottajien tehokkuusvertailu suun terveydenhuollossa. Aalto-yliopisto. Perustieteiden korkeakoulu. Espoo. Diplomityö. Viitattu 22.7.2016. <http://lib.tkk.fi/Dipl/2012/urn100585.pdf>.



- Jacobs, R., Smith, P. C. & Street, A. 2006. Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy, Cambridge University Press. Viitattu 10.7.2016 <http://www.york.ac.uk/che/pdf/streetcv.pdf>.
- Jensen, J.L. & Rodgers, R. 2001. Cumulating the intellectual gold of case study research. Public Administration Review 61(2). Viitattu 19.7.2016 <http://www.eric.ed.gov/?id=EJ624267>.
- Juurinen, K. 1986. Tuottavuus, tehokkuus ja vaikuttavuus kunnallihallinnossa. Kunnallisen sopimusvaltuuskunnan tiedoituksia, 1986 no. 6, 24 – 27.
- Kaitila, V., Mankinen, R. & Nikula, N. 2006. Yksityisten palvelualojen kansainvälinen tuottavuusvertailu. Helsinki: Elinkeinoelämän tutkimuslaitos ETLA, Keskustelunaiheita No. 1043.
- Kananen, J. 2013. Case-tutkimusopinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisusarja.
- Kaplan, R.S. & Norton, D.P. 1992. The balanced scorecard – Measures that drive performance. Harvard Business Review (January – February); 71 – 79.
- Kaplan, R.S. & Norton, D.P. 1996. The Strategy-Focused Organizations. How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment. Harvard Business School Press Boston.
- Kaplan, R.S. & Norton, D.P. 2002. Strategialähtöinen organisaatio. Tehokkaan strategiaprosessin toteutus. Jyväskylä. Talentum.
- Karjalainen, A. 2006. Koulutusorganisaation prosessit. Oulun Yliopisto. Viitattu 23.6.2016 [http://tievie.oulu.fi/koulutusresurssit/artikkelit/karjalainen\\_koulutusorganisaation\\_prosessit.pdf](http://tievie.oulu.fi/koulutusresurssit/artikkelit/karjalainen_koulutusorganisaation_prosessit.pdf).
- Karjalainen, J. 1995. Tuottavuusinvestointien arviointi. Teollisuustalous ja työpsykologia, raportti nro 159/1995/Teta. Espoo. Teknillinen korkeakoulu.
- Karlöf Bengt. 2004. Tehokas johtaminen. Yritystalouden kaivattu ydin. Helsinki: Edita.
- Keltner, B., Finegold, D., Mason, D. & Wagner, K. 1999. Market Segmentation Strategies and Service Sector Productivity. California Management Review 41, 84 – 102.
- Kind P. 2001. Measuring quality of life in evaluating clinical interventions: an overview. Ann Med 2001:33, 323–327.
- Konu, A., Rissanen P., Ihantola M. & Sund. R. 2009. ”Vaikuttavuus” suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2009: 46, nro 4.

- Kujala, J., Lillrank, P. & Peltokrpi, A. 2004. Keskeneräisen potilaan kustannukset. Menetelmä kunnille terveystalouden tuotannon suunnitteluun ja ohjaukseen. Kunnallissalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisu nro 45.
- Kvist, H., Arhoma, S., Järvelin, K. & Räikkönen J. 1995 Asiakasprosessit: Miten parannat tulosta prosesseja kehittämällä? Jyväskylä: Sedecon Oy.
- Lecklin, O. 2002. Laatu yrityksen menestystekijänä. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Martola, U. & Santala, R. 1997. Liiketoimintaprosessit. Porvoo: WSOY.
- Laamanen, K. 2002. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona – ideasta käytäntöön. Helsinki: Suomen Laatu keskus Oy.
- Laine, J. 2005. Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Stakes-tutkimuksia 151. Helsinki.
- Laitinen, E.K. 1989. Efficiency, productivity and profitability ratios in a public enterprise. Liiketaloudellinen aikakauskirja, 1989, no. 3, 190 – 223.
- Lillrank, P. 2008. Tuottavuuden merkitys ja tuottavuuden parantaminen yrityksissä ja julkishallinnon organisaatioissa. Toimihenkilöiden tuottavuuspäivä, Helsinki, 8.2.2008.
- Lillrank, P., Kujala, J. ja Parvinen, P. 2004. Keskeneräinen potilas: Terveystalouden tuotannonohjaus. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Lumijärvi, I. 1986. Tuloksellisuudesta ja sen ongelmista kunnallishallinnossa. Hallinnon tutkimus, 1986, no 4, 293 – 299.
- Lumijärvi I. 1994. Vaikuttavuusarviointi sosiaali- ja terveystalouden palveluyksiköissä. Käsitteellisiä tarkennuksia ja sovellutusesimerkkejä. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia No 187, Vaasa 1994.
- Lönnqvist, Antti & Mettänen Paula 2003. Suorituskyvyn mittaaminen – Tunnusluvut asiantuntijaorganisaation johtamisvälineenä. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Malmi, T., Peltola, J. & Toivanen, J. 2002. Balanced Scorecard – Rakenna ja sovelta tehokkaasti. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Murto, R. & Pajuriutta, S. 2015. Terveystalouden työt uusiksi, jono lyheni. Helsingin Sanomat 3.9.2015, A6 – A7.
- Määttä, S. & Ojala, T. 2000. Tasapainoisen onnistumisen haaste: Johtaminen julkisella sektorilla ja balanced scorecard. Helsinki: Edita.
- Ojasalo, K., Moilanen, M. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät, uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOY Pro Oy.
- Olve, N., Roy, J. & Wetter, M. 1998. Balanced Scorecard – yrityksen strateginen ohjausmenetelmä. Helsinki: WSOY.

- Ozcan, Y. A. (2008), Health Care Benchmarking and Performance Evaluation: An Assessment using Data Envelopment Analysis (DEA), Springer, USA.
- Patton, M. 1990. Qualitative evaluation and research methods. Sage. Newbury Park.
- Peltonen Matti. 1991. Tuottavuudella tulevaisuuteen. Tampere: Teollisuuden kustannus Oy.
- Pesonen, H. 2007. Laatus. Juva: WS Bookwell Oy.
- Perren, L. & Ram, M. 2004. Case-Study Method in Small Business and Entrepreneurial Research: Mapping Boundaries and Perspectives. International Small Business Journal, 22(1).
- Pietilä, A-M., Hakulinen, T, Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. 2002. Terveysten edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.
- Piispanen, A. 1995. Vakuutusyhtiöiden tehokkuus. Helsinki: Elinkeinoelämän tutkimuslaitos.
- Pitkänen, E. 1986. Tehokkuus ja tuloksellisuus kunnan toiminnassa. Kunnallistieteellinen aikakauskirja, 1986, no. 4, 350 - 360.
- Rantanen, H. 2002. Suorituskyvyn osa-alueiden mittaaminen pkt-yrityksissä. Lahti. Lappeenrannan teknillinen korkeakoulu, Lahden yksikkö. LIITU-liiketoiminnan tutkimusyksikkö. Tutkimusraportti 3. ISBN 951-764-614-3. ISSN 1458-3828, 5, 25 – 27.
- Reddin, W.J. 1970. Managerial effectiveness. London: Mc Grawhill.
- Seppälä, T. 2006. Tehokkuus julkisen ja yksityisen organisaation toiminnan arvioinnissa. Esimerkkinä julkiset ja yksityiset terveystalvet. Pro Gradu – tutkielma. Terveystalvintiede. Kuopion Yliopisto. Viitattu 22.7.2016 <https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438176/tseppalagradu.pdf/2778aea-a-c430-4981-932f-4754e207eebd>.
- Shank, G.D. 2002. Qualitative Research. A Personal Skills Approach. Prentice Hall. Upper Saddle River, NJ.
- Silvestro, R., Fitzgerald, L., Johnston, R. & Voss, C. 1992. Towards a Classification of Service Processes. International Journal of Service Industry Management 3, 62 – 75.
- Six Sigma. 2012. Tietoa Leanista. Viitattu 19.7.2016. <http://www.sixsigma.fi/fi>.
- Spendolini, M. J. 1992. The Benchmarking Book, Amacom, USA.
- Stake R.E. 1995. The art of case study research: perspectives on practice. Sage. Thousand Oaks, CA.

- Sumanth, D.J. 1979. Productivity Measurement and Evaluation Models for Manufacturing Companies. Graduate School Of Illinois Institute of Technology, dissertation thesis. University Microfilms International.
- Sumanth, D.J. 1984. Productivity Engineering and Management. New York, McGraw-Hill Book Company.
- Schwartz F.W. & Bitzer E. 1997. A Systems Perspective of Evaluation in Health Care. Teoksessa Long AF, Bitzer E. (toim.) Health Outcomes and Evaluation: Context, Concepts and Successful Applications. European Clearing Houses on Health Outcomes, Nuffield Institute for Health, University of Leeds, Leeds 1997, 13–22.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus 2015 – 2019. Viitattu 12.6.2016  
[http://stm.fi/documents/1271139/1332838/Sote-uudistuksen+tietolehtinen+9\\_2015/a6f19294-ea52-4c47-b13f-ba15c571e843](http://stm.fi/documents/1271139/1332838/Sote-uudistuksen+tietolehtinen+9_2015/a6f19294-ea52-4c47-b13f-ba15c571e843).
- Taloussanomat. 2016. Taloussanakirja. Viitattu 28.6.2016  
<http://www.taloussanomat.fi/porssi/sanakirja/termi/tuottavuus>.
- Tangen, S. 2005. Demystifying Productivity and Performance. International Journal of Productivity and Performance Measurement 54 (1), 34 – 36.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). 2015. Viitattu 13.6.2016  
<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tietoa-tilastoista/laatuselosteet/sairaaloiden-toiminta-ja-tuottavuus>).
- Toivanen, J. 2001. Balanced Scorecardin implementointi ja käytön nykytila Suomessa. Väitöskirja. Lappeenrannan teknillinen korkeakoulu, Acta Universitatis Lappeenrantaensis 108.
- Torra, S. 2007. Balanced Scorecard myynnin strategisena johtamisjärjestelmänä. Pro Gradu –tutkielma. Helsingin Kauppakorkeakoulu. Markkinoinnin ja johtamisen laitos.
- Tuominen, K. 1993. Benchmarking prosessiopas: Opi ja kehitä kilpailijoita nopeammin. Metalliteollisuuden Kustannus Oy.
- Utriainen Pekka. 1994. Hammashuollon tuottavuus terveyskeskuksissa. Suomen kuntaliitto. Helsinki.
- Van Biema, M. & Greenwald, B. 1997. Managing Our Way to Higher Service-Sector Productivity. Harvard Business Review 75, 87 – 95.
- Valtioneuvosto. 2016. Sote- ja aluehallintouudistuksen jatkovalmistelua koskevat hallituksen tarkentavat linjaukset 5.4.2016. Viitattu 12.6.2016  
<http://valtioneuvosto.fi/documents/10616/2287640/Hallituksen+sote-+ja+maakuntahallintolinjaukset+5.4.2016+esittelydiat/328c3577-c9d9-40e6-949f-dbccbf26710e>.

- Valtiovarainministeriö. 1994. Tuottavuus- ja laatu politiikka julkisella sektorilla. Tuottavuus- ja laatutyön tukihankkeen loppuraportti. Valtiovarainministeriön työryhmämuistioita 1994:20. Helsinki.
- Valtiovarainministeriö 2014. Kuntatuottavuuden käsikirja. Viitattu 19.7.2016  
<http://vm.fi/documents/10623/307649/Kuntatuottavuuden+k%C3%A4sikirja/7066e0da-3952-46fc-a65d-8c14ea2ea64e>.
- Virtanen, P. & Wennberg, M. 2007. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki: Edita.
- Yasin, M. M. 2002. The theory and practice of benchmarking: Then and now, Benchmarking: An International Journal 9(3).
- Yin, R.K. 2002. Case study research, 3. ed. Sage. Thousand Oaks, CA.